

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica

In questo numero:

**Il naufragio: perché la seconda ondata
ci ha travolto pag. 4**

**Proposte di riorganizzazione
della Medicina Territoriale post COVID pag. 19**

**Suggerimenti operativi e terapeutici per
pazienti affetti da covid-19 trattati nel territorio pag. 29**

**Gestione domiciliare dei pazienti con infezione
da Sars-Cov-2: linee guida ministeriali pag. 33**

4

**DICEMBRE
2020**

VERONA MEDICA

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

Anno LV n. 4 DICEMBRE 2020

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,
Franco Del Zotti, Marco Caminati, Giulio Rigon.

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

Consiglieri
Giorgio Accordini, Elena Boscagin, Francesco Bovolin,
Giorgio Carrara, Pasquale Cirillo, Amedeo Elio, Fabio Facincani,
Alfredo Guglielmi, Franca Mirandola, Anna Maria Musso,
Francesco Orcalli, 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
Paolo Mora
Look Down invernale

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 *Il naufragio: perché la seconda ondata ci ha travolto*

NOTIZIE DALL'ORDINE

7 *Risultati elettorali 2019*

8 *Verbali del Consiglio e delle Commissioni*

11 *Relazione di fine mandato, 2018-2020*

12 *Sintesi delle attività Ordinarie nell'anno 2020*

17 *L'Ordine dei Medici di Verona si vaccina e lancia lo slogan "Fatti influenzare... dalla prevenzione"*

18 *La medaglia dell'Ordine dei Medici di Verona a Francesco De Beni e Pietro Moscardo*

19 *Proposte di riorganizzazione della Medicina Territoriale post COVID*

ALBO ODONTOIATRI

22 *Verbali della Commissione Odontoiatri*

LETTERE

23 *Lettera a L'Arena*

25 *Tamponi e "Precettazioni"*

26 *Rifiuti sanitari: il ricatto del monopolio*

27 *"Citrobacter": i pazienti scrivono ...*

AGGIORNAMENTO

29 *Suggerimenti operativi e terapeutici. Per pazienti affetti da covid-19 trattati nel territorio*

33 *Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da Sars-Cov-2: le linee guida ministeriali*

BIOETICA E MEDICAL HUMANITIES

40 *I vaccini e covid 19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione (estratto dal parere del CNB)*

PROFESSIONE E LEGGE

42 *Divieto di prescrizione ed esecuzione di preparazioni magistrali contenenti Pseudoefedrina*

42 *D.M. 104 - 2020 Misure per il rilancio dell'economia*

44 *Misure di interesse sanitario nella legge 124 del 25/09/2020*

50 *Misure legislative anti Covid*

ATTUALITÀ

52 *Epidemie*

53 *Da angeli a ... demoni*

FOMCeO

54 *"SEMPRE CON VOI" Fondi ai familiari di medici caduti durante la pandemia*

54 *Giornata nazionale del personale sanitario*

ENPAM

55 *Assemblea Nazionale ENPAM: approvato il bilancio di previsione 2021 e ridotti i costi di gestione.*

57 *Cosa ti dà la Quota A*

58 *Quarantena o isolamento? A ciascuno il suo sussidio*

59 *Il bonus bebè Enpam diventa più grande*

LIBRI RICEVUTI

60 *Terapia Antinfettiva*

61 *Covid-19 DA UNA NUOVA MALATTIA L'OCCASIONE PER UNA NUOVA MEDICINA. Storie di cura e del virus che insegnò a cooperare*

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.

Il naufragio: perché la seconda ondata ci ha travolto

"Il problema di questo mondo è che le persone intelligenti sono piene di dubbi e i cretini sono pieni di certezze."

BERTRAND RUSSELL

La pandemia da Covid 19 sta mettendo a dura prova anche il Servizio Sanitario del Veneto ed i mesi che ci aspettano saranno per tutti molto difficili.

Abbiamo osservato come in primavera il sistema Ospedaliero Veneto abbia resistito discretamente all'ondata pandemica grazie anche alla diga della Medicina del Territorio: questa osservazione ha confermato, qualora ve ne fosse ancora bisogno, che la tenuta del SSN si regge su due pilastri, fondamentali l'uno per l'altro: il sistema ospedaliero e la medicina del territorio.

Inoltre, i primi mesi della pandemia ci hanno lasciato in eredità la convinzione che con tanta buona volontà e umiltà la collaborazione fra la Medicina del Territorio, la Medicina Specialistica e l'Università è possibile, è realizzabile, e può portare a ottimi risultati. Questa collaborazione fra Colleghi con esperienze diverse – vissuta nel corso di numerosi webinar di studio, di confronto, di aggiornamento - ha costituito un elemento indispensabile per mantenere un livello culturale elevato del nostro prezioso Servizio Sanitario, e, di conseguenza, per poter garantire prestazioni di qualità ai nostri Cittadini.

Peraltro, non possiamo tacere come anche nel Veneto i tagli lineari del passato, la riduzione dei posti letto per acuti, la carenza di strutture

intermedie, i tagli alla medicina del territorio, insieme alla mancata assunzione di Personale Medico e del Comparto, abbiano contribuito a creare delle voragini nelle piante organiche, obbligando gli Operatori della Sanità ad affrontare sempre più frequentemente orari e turni di lavoro estenuanti.

Dobbiamo ancora una volta rilevare come siano caduti nel vuoto gli appelli che da ormai 10 anni facciamo, richiamando l'attenzione della Regione e delle Università sulla necessità di una migliore programmazione nella formazione dei MMG e degli specialisti.

Da oltre 10 anni si sapeva che dopo il 2020 la gobba pensionistica dei baby boomers avrebbe portato ad una carenza di medici, che traeva origine da una insufficiente programmazione di borse di studio per gli specializzandi; purtroppo, questi appelli sono caduti nel vuoto ed ora, complici *quota 100* ed il legittimo desiderio di andare in pensione, in presenza di turni di lavoro, di guardie, di carenze di personale, ha fatto sì che questa preannunciata penuria di dirigenti medici sia stata drammaticamente accentuata dalla pandemia.

Altro - già noto - tallone di Achille del nostro SSN è sempre stata l'insufficiente integrazione Ospedale-Territorio.

La mancata attuazione di ospedali di comunità, ha reso ancora più difficile far fronte alla sempre maggiore richiesta di cure per pazienti cronici. Nella situazione pandemica questo aspetto è diventato ancora più rilevante, creando situazioni di affollamento delle corsie di ospedale, specie nei reparti destinati a quei pazienti Covid che non necessitava-

no più di un setting assistenziale di alto livello, ma che, al tempo stesso, non erano in condizioni di tornare direttamente a casa, o che per ragioni di persistente positività al tampone naso-faringeo non potevano rientrare al proprio domicilio, pena il rischio di creare dei focolai di contagio nell'ambito familiare.

Che cosa dire di fronte alla seconda ondata pandemica?

Lasciamo per ora in sospenso la questione, non secondaria, della esistenza o meno di *un piano italiano di prevenzione delle pandemie*, aggiornato, da parte dell'OMS.

Certamente, le recenti inchieste giornalistiche televisive, la pubblicazione on line di studi, poi repentinamente fatti sparire, lo scambio di mail dal tono avvelenato fra il direttore aggiunto dell'OMS Ranieri Guerra e i suoi collaboratori veneziani ci hanno fatto molto pensare.

Per il momento non possiamo far altro che aspettare che le indagini in corso chiariscano eventuali mancanze e responsabilità, ma il quadro complessivo che si va delineando non è affatto confortante.

Questa seconda ondata non è giunta inattesa. Erano almeno sei mesi che, a dispetto di un'estate di vacanzieri incoscienti che affollavano spiagge e discoteche (*"L'estate allegra ci è costata 20.000 morti"*, Massimo Galli), si sapeva che sarebbe arrivata.

Eppure - come ricordato da Pierluigi Battista sul Corriere della Sera - *"tantissime cose che si sarebbero potute fare dalla fine del lock down ad oggi non sono state fatte. Rinviare. Lasciate lì..., in sospenso, a volte mai avviate ... Erano preziosi i mesi tra-*

scorsi...” Preziosi per andare subito a recuperare le dosi necessarie del vaccino anti-influenzale (anche qui il Veneto si è comportato meglio, ma non dimentichiamo la grave carenza di vaccino sofferta in Lombardia e, dobbiamo sottolinearlo, anche da parte dei MMG e delle farmacie del Veneto, che stanno procedendo alla vaccinazione antinfluenzale a rilento). Sono stati mesi non adeguatamente sfruttati per cercare di coprire il fabbisogno di personale che avrebbe dovuto gestire l'aumento dei posti letto di terapia intensiva e sub intensiva richiesti a livello centrale.

Da almeno sei mesi, sapevamo che ci sarebbe stata una seconda ondata autunnale (*“Una seconda ondata in autunno...è una certezza”*, Walter Ricciardi, 17 aprile 2020; Seconda ondata in autunno?dobbiamo considerarla possibile”, Roberto Speranza, 22 luglio 2020), ed ora che siamo nel bel mezzo di questo seconda ondata ci rendiamo conto che, a vari livelli, quei sei mesi di intervallo non sono stati adeguatamente sfruttati a livello politico e a livello di Comitati scientifici per mettere in atto tutte quelle misure che ci avrebbero permesso di far fronte ad una situazione che proprio in queste settimane si sta rivelando ancora più drammatica di quella vissuta in primavera.

Purtroppo c'è una lentezza decisionale, un rimando di responsabilità

da Commissione a Comitato tecnico scientifico, una lentezza a livello di Consiglio dei Ministri e di Ministero della Salute a prendere decisioni tempestive (si pensi solo ai 5 DPCM che sono stati emanati nell'arco di poche settimane ...).

Non siamo riusciti ad avere un interlocutore valido che si sia preso la responsabilità di fare delle scelte, di programmare la apertura di reparti durante l'estate, di eseguire quei lavori strutturali negli ospedali, specie in quelli più datati, in grado di garantire la suddivisione fra percorsi sporchi e percorsi puliti.

Altri ancora sono i punti che necessitano di maggiore attenzione durante l'estate: il potenziamento della medicina del territorio e degli operatori in grado di tracciare i contatti; il reperimento e l'allestimento di Covid hotel, da utilizzare quando ce ne fosse stata la necessità.

Ci domandiamo: perché tanta ostinazione nell'ordinare banchi con le ruote per un sistema scolastico che dopo due mesi era già in tilt, ed ora siamo l'unico Paese d'Europa che ha gli studenti a casa, con gravi ripercussioni sulla formazione, sulla socializzazione e sulla crescita dei nostri studenti?

Perché tanta ostinazione nell'assicurare incentivi per monopattini e biciclette elettriche in un Paese nel

quale le piste ciclabili sono sempre state una Cenerentola nella mobilità urbana?

Un'analogia improvvisazione e incapacità a creare una rete sanitaria adeguata si è manifestata a livello di rapporti fra dipartimenti di Igiene pubblica e MMG; in particolare, questi ultimi si sono ritrovati, per la seconda volta, ad affrontare a mani nude il Covid, con un supporto da parte delle USCA insufficiente dal punto di vista numerico, e soprattutto con la mancanza di un canale preferenziale per instaurare uno scambio di informazioni con i dipartimenti di igiene.

A questo problema, si aggiunge la, già nota, cronica, difficoltà a dialogare con gli specialisti ospedalieri, che si è acuita particolarmente in questi mesi, rendendo ancora più difficile l'assistenza ai malati a domicilio: tutto ciò ha facilitato l'invio in Pronto Soccorso di pazienti che potevano essere trattati a casa, se ne avessero avuto la possibilità, oppure si è creata quella situazione sfavorevole per la quale molte famiglie, sentendosi “abbandonate” o non riuscendo a mettersi in contatto col proprio MMG, si recavano spontaneamente in ospedale, intasando ulteriormente le astanterie dei Pronti Soccorsi.

E, fate bene attenzione, perché stiamo parlando del Veneto, una regione leader nella Sanità nazionale, noi veneti sappiamo di vivere in una regione fortunata, nella quale il Governo regionale ha sempre mantenuto un elevato standard qualitativo e quantitativo della assistenza territoriale e ospedaliera, a differenza di quanto si è verificato nella vicina Lombardia, nella quale gli effetti di scelte politiche sciagurate hanno comportato le tragiche conseguenze che ben conosciamo. E c'è un altro problema “critico” da tenere sotto la lente d'ingrandimento, già osservato dopo la prima ondata: infatti, come abbiamo visto durante la scorsa estate, il blocco delle prestazioni sanitarie prenotate e degli interventi già programmati e rimandati a causa della pandemia, hanno determinato un rallentamento della attività ambula-



Il naufragio dell'Andrea Doria

toriale specialistica, con potenziali ripercussioni negative sulla salute dei cittadini. Queste conseguenze rischiano di esser ancora più pesanti dopo questa seconda ondata, anche se molti direttori di UOC hanno cercato di mantenere invariata l'attività specialistica ambulatoriale, sia per minimizzare il disagio degli utenti, sia per limitare le conseguenze negative derivanti da una riduzione della attività ambulatoriale di follow up delle numerose patologie croniche che affliggono una popolazione con un'età media sempre più avanzata.

Vorrei anche richiamare la vostra attenzione su aspetti particolarmente delicati della comunicazione ai cittadini, aspetti nei quali il ruolo e la competenza del medico diventano critici. Sorvolo volutamente su un certo protagonismo e narcisismo di alcuni autorevoli esponenti della comunità scientifica che si sono succeduti ai microfoni delle varie emittenti televisive, dando talvolta informazioni contrastanti o fuorvianti per l'opinione pubblica; voglio piuttosto sottolineare come alcuni atteggiamenti e dichiarazioni a proposito dell'imminente disponibilità del vaccino anti Covid abbiano destato più di qualche perplessità.

Fra questi, il prof. Andrea Crisanti che ha recentemente dichiarato *“Senza trasparenza non farò il vaccino per il Covid...vorrei esser sicuro che questo vaccino sia stato opportunamente testato e che soddisfi i criteri di sicurezza e di efficacia”* e di vari esponenti politici – di diversa appartenenza – che si sono affrettati a farci sapere che *“il vaccino sarà gratuito e non sarà obbligatorio”*.

Rispetto in toto la sua affermazione, soprattutto tenendo presente l'autorevolezza della fonte, e ne comprendo il significato; ma, mi domando se tutti abbiano realmente compreso a che cosa si riferissero i dubbi del prof. Crisanti, che rischia, con le sue affermazioni, di fornire un bell'assist al mondo dei no vax.

L'articolo 32 della nostra Costituzione recita: *“Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento*

sanitario se non per disposizione di legge e purché la legge rispetti la dignità delle persone”. Quindi, se la Legge deciderà che il vaccino anti Covid sarà obbligatorio, dovremo farlo.

Inoltre, l'articolo 117 della Costituzione attribuisce allo Stato - e non alle Regioni - la scelta dei principi fondamentali in materia di salute; e la profilassi vaccinale ricade in questo ambito, come disse nel 2018 la Consulta. Ricordiamoci che le vaccinazioni obbligatorie esistono già (e quante malattie hanno evitato!).

Pertanto, sarà il governo che dovrà decidere – sentito il mondo scientifico – se il vaccino dovrà essere obbligatorio.

Pare, invece, che il governo sia propenso alla solita decisione-non decisione, a metà strada fra il sì e il no, rappresentata da una raccomandazione a vaccinarsi, e un eventuale patentino sanitario, obbligatorio per chi vorrà viaggiare. Dallo staff del ministro Speranza hanno fatto sapere che *“la campagna vaccinale andrà avanti per tutto il 2021 e dobbiamo aspettare qualche mese per capire quale sarà la risposta della popolazione”*.

Intanto, sul sito della *“Federazione Rinascimento Italia”* è già partita una raccolta di firme contro l'obbligo vaccinale...

Tornando a certe dichiarazioni lasciate cadere nell'etere, teniamo ben presente che quelle affermazioni, fra il detto e il non detto, possono essere facilmente riprese e fatte proprie da quel fronte di scettici verso il vaccino anti covid (secondo una ricerca della Università Cattolica di Milano oltre il 40% di Italiani sarebbero poco propensi a farsi vaccinare), impedendo il raggiungimento di quell'immunità di gregge che si ottiene quando il 70% della popolazione viene vaccinata.

C'è anche chi ha scherzosamente suggerito che *“nel caso un renitente dovesse ammalarsi, non potrebbe pretendere poi le cure dallo Stato, ma dovrà curarsi privatamente a domicilio oppure presso strutture*

private non convenzionate”: se la prendessimo seriamente in considerazione questa proposta?

Nelle ultime settimane è calato l'indice Rt, sono calati i ricoveri in terapia intensiva e i contagi. Ma i morti sono ancora molte centinaia al giorno, e globalmente questa pandemia ha già fatto più di 60.000 morti in Italia. Si prevede che i morti possano diventare 90.000 a fine gennaio.

Eppure, c'è una percezione più blanda della pericolosità della pandemia. Si sprecano le discussioni da bar su: morto *per* Covid oppure morto *con* Covid? L'età media dei morti è *sempre avanzata*? I morti hanno *vari* fattori di rischio/comorbidità?

Spetta a noi medici cercare di mantenere un giusto equilibrio nella comunicazione con i cittadini: non dobbiamo eccedere nell'allarmismo, né minimizzare per portare al *“liberi tutti”*. Dobbiamo essere propositivi, anche se non possiamo condividere il ritornello che *“la situazione è sotto controllo”*.

Quindi, il nostro ruolo è importante per mantenere alta la guardia nei confronti del rischio del contagio, senza cadere in estremizzazioni.

Per quanto riguarda la vaccinazione, il nostro esempio e le nostre parole saranno fondamentali per sgomberare il campo da pregiudizi, fake news e pericolose derive no vax nella popolazione.

Verranno tempi migliori?
Ce lo auguriamo tutti!

Noi medici continueremo ad impegnarci, e a fare la nostra parte come abbiamo sempre fatto, nell'interesse dei pazienti e del Paese.

Ma pretendiamo che gli Amministratori e le Direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie ci mettano in condizioni di lavorare in condizioni di sicurezza, nell'ambito di una organizzazione socio-sanitaria che ci permetta di farlo adeguatamente.

CARLO RUGIU

Risultati elettorali 2019

A seguito delle elezioni per il rinnovo degli Organi Istituzionali dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Verona – quadriennio 2021-2024, svoltesi nei giorni 28/29/30 novembre 2020 e successivamente alla prima riunione per la distribuzione delle cariche, sono risultati eletti:

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente	Dott. Carlo Ruggiu
Vice Presidente	Dott. Lucio Cordioli
Segretario	Dott.ssa Anna Tomezzoli
Tesoriere	Dott.ssa Caterina Pastori
Consigliere	Dott. Francesco Orcalli
Consigliere	Dott. Giorgio Accordini
Consigliere	Dott.ssa Anna Maria Musso
Consigliere	Dott. Fabio Facincani
Consigliere	Prof. Alfredo Guglielmi
Consigliere	Dott. Federico Gobbi
Consigliere	Dott. Sandro Bellamoli
Consigliere	Dott. Giorgio Carrara
Consigliere	Dott.ssa Letizia Formentini
Consigliere	Dott. Franco Bertaso
Consigliere	Dott. Amedeo Elio
Consigliere Odontoiatra	Dott.ssa Elena Boscagin
Consigliere Odontoiatra	Dott. Umberto Luciano

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Presidente	Dott.ssa Elena Boscagin
Vice Presidente	Dott. Francesco Bovolin
Segretario	Dott. Umberto Luciano
Componente	Dott. Roberto Pace
Componente	Dott. Franco Zattoni

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Componenti effettivi	Dott.ssa Vania Braga Dott. Pasquale Cirillo
Componente supplente	Dott. Marco Barbetta



Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Verona

.....
37122 Verona – Via Locatelli,1 – Tel. 0458006112 – 045596745 fax 045594904
www.omceovr.it – segreteria@omceovr.it - segreteria@pec.omceovr.it



Verbali del Consiglio e delle Commissioni

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 4 AGOSTO 2020

Consiglieri presenti: Rugiu, Cordioli, Pastori, Marchioretto, Accordini, Facincani, Carrara, Elio, Boscagin, Bovolín, Cirillo, Musso.

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

Assenti giustificati: Mirandola, Guglielmi, Orcalli, Salvatore.

Partecipano alla riunione del Consiglio: la funzionaria amministrativa Maffioli.

1) LETTURA E APPROVAZIONE VERBALI PRECEDENTI:

Il Presidente pone ai voti l'approvazione del verbale precedente del 9 giugno 2020 che viene approvato all'unanimità.

DELIBERE AMMINISTRATIVE

Il Presidente passa la parola alla Tesoriera Dott.ssa Pastori che illustra 4 delibere amministrative che vengono approvate all'unanimità.

3) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

Il Presidente informa di aver partecipato ad un consiglio FNOMCeO via web il 18 giugno mentre il 16 luglio ha delegato a partecipare il vicepresidente.

Il consiglio FNOMCeO del 18 giugno è stato interamente dedicato alla memoria dei 177 medici morti a causa del Covid ed a confrontare

le varie esperienze dei medici che si sono trovati ad operare durante la pandemia; sono state altresì riportate le esperienze e i contributi degli Ordini che, in questa fase di grave emergenza sanitaria, hanno interagito con le autorità locali, i vertici delle ULSS, ospedali e Regioni.

Il presidente comunica che il 30 giugno si è svolta l'assemblea annuale per l'approvazione del bilancio consuntivo 2019 e che successivamente ha firmato la delibera per procedere alla cancellazione dell'ipoteca da parte della ditta Esa Real Estate. La d.ssa Pastori riferisce che il bilancio consuntivo del 2019 è stato approvato all'unanimità dall'assemblea con 52 colleghi tra presenti e deleghe. In merito all'ipoteca, la d.ssa Pastori ricorda che nel corso dell'ultima riunione del Consiglio era stato dato mandato al Presidente di firmare la delibera nella quale si rinunciava alla penale che la Esa Real Estate avrebbe dovuto pagare nei ns. confronti.

Tale delibera ha permesso alla ditta di rogare l'atto dal notaio con registrazione di cancellazione dell'ipoteca. Nel momento in cui l'Ordine avrà l'attestazione di annotamento alla conservatoria, si potrà deliberare il nulla a pretendere nei confronti della predetta ditta Esa Real Estate.

Il presidente prosegue dicendo che dal 29 giugno al 10 luglio si sono svolte 10 sedute di laurea abilitanti. L'Ordine dei Medici è stato invitato a presenziare alle sedute di laurea, suddividendo le 10 giornate tra i componenti del direttivo. Il presidente spiega che è stata una bellissima esperienza, molto significativa e per l'OMCeO di Verona un riconoscimento importante.

Il Presidente prosegue quindi riferendo che il 6 luglio ha rilasciato un comunicato stampa sui risultati elettorali della Fondazione Enpam -ha partecipato con delega del presidente il dott. Mora-. Le operazioni di voto hanno portato all'elezione nell'assemblea nazionale la d.ssa Tomezzoli ed il dott. Adami eletto come rappresentante dei MMG nel Comitato consuntivo della Medicina Generale. Tutto il Consiglio si congratula e plaude ai neoeletti.

Il dott. Rugiu prosegue informando il consiglio che il 16 luglio si è svolto il secondo consiglio FNOMCeO via web al quale ha presenziato il dott. Cordioli a cui il presidente lascia la parola. Il vice presidente riferisce che nel corso della videoconferenza si è parlato di elezioni con l'approvazione degli articoli che prevedono la possibilità di voto anche in via telematica; si è affrontato anche l'argomento della campagna nazionale "IO MEDICO GIURO".

Il Presidente prosegue il suo intervento informando che, avvicinandosi ormai le giornate elettorali, si è individuato come data per l'incontro con le sigle sindacali il 23 settembre 2020

Il Presidente chiede ai componenti del consiglio di esprimersi con proposte sulla giornata del medico, spiegando che l'Ordine aveva preventivamente prenotato la sala alla Gran Guardia, ma che con le restrizioni indotte dall'emergenza pandemica, la capienza della Gran Guardia era ora limitata a sole 200 persone; le presenze stimate dall'Ordine tra i neo laureati e medici con 50 anni di laurea, ammonterebbero a circa 250 persone, se si invitano i familiari si supera di tanto la capienza stimata. Il Presidente chiede di riportare l'argomento al prossimo consiglio per decidere se annullarla.

3) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

Il consiglio approva all'unanimità.

4) VARIE ED EVENTUALI

Prende la parola il dott. Bovolín il quale chiede un aggiornamento sul possibile rinnovamento degli arredi dell'Ordine.

Risponde la d.ssa Pastori la quale specifica la necessità di cambiare gli arredi della segreteria, gli archivi ed altri arredi: dovranno essere valutate diverse possibili soluzioni e le relative offerte economiche.

Inoltre spiega che si stanno valutando anche proposte di preventivi per la ritinteggiatura della sede.

Il presidente chiede ai revisori dei conti e agli odontoiatri di lasciare la sala per poi procedere alla discussione delle relazioni istruttorie.

5) RELAZIONI ISTRUTTORIE

- N.1 resistenza al gravame.
- N.5 non dar luogo a procedere.
- N.8 apertura procedimenti disciplinari.

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DELL'8 SETTEMBRE 2020

Consiglieri presenti: Rugu, Marchioretto, Cordioli, Pastori, Orcalli, Salvatore, Accordini, Carrara, Boscagin, Bovolin, Cirillo, Musso.

Revisori dei Conti:

Tomezzoli, Bertaso.

Assenti giustificati: Mirandola,

Guglielmi, Facincani, Elio,

Braga, Bonetti.

Partecipano alla riunione

del Consiglio: la funzionaria amministrativa Maffioli.

1) LETTURA ED APPROVAZIONE VERBALI PRECEDENTI:

Il Presidente pone ai voti l'approvazione del verbale precedente del 4 agosto 2020 che viene approvato all'unanimità.

2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

Il Presidente comunica gli avvenimenti riguardanti il caso "Citrobacter" esprimendo da una parte la vicinanza alle Famiglie colpite da questa tragedia e dall'altra anche ai Medici che stanno vivendo con grande sofferenza questi drammatici eventi; esprime altresì fiducia nell'operato della Magistratura

Il Presidente prosegue ricordando l'incontro programmato con i sindacati per il giorno 23 Settembre.

Passa quindi al successivo punto all'Ordine del giorno e cioè alla presentazione di 3 documenti elaborati dalle relative commissioni e presentati dal dott. Orcalli, dal dott. Valsecchi e dal dott. Moretto.

Il Presidente passa la parola al dott. Moretto che presenta il rationale del documento cure palliative nella provincia di Verona.: Il dott. Giusep-

pe Moretto inizia la sua esposizione facendo il punto sullo stato dell'arte sulle cure palliative in provincia di Verona e riferisce che a causa del Covid il tema e le criticità delle cure palliative durante la fase più acuta della pandemia sono emerse in modo evidente. Infatti risultato chiaro come, a distanza di 10 anni da quando la legge 38 del 2010 è stata approvata, l'implementazione della rete delle cure palliative è ancora molto parziale.

Considerato che l'accesso alle cure palliative è un diritto sancito dalla legge 38/2010, serve un forte investimento sulla formazione del personale medico e di supporto. L'organizzazione della rete delle cure palliative è prevalentemente collocata nel territorio e necessita dell'integrazione tra i ruoli del Medico di Medicina Generale e del Medico Palliativista. Date queste premesse, all'interno della provincia di Verona l'attenzione per le cure palliative ha avuto certo un'accelerazione, nel senso che l'azienda territoriale ha cominciato ad investire in termini di risorse, ma è necessario che il processo di sviluppo di questo fondamentale servizio venga progressivamente implementato e strutturato. Il consiglio approva all'unanimità il documento che farà parte integrante del presente verbale.

Il Presidente invita quindi il dott. Valsecchi per la presentazione del secondo documento. Il dott. Valsecchi specifica che il documento nasce dall'analisi della gestione della fase emergenziale della pandemia nella Regione Veneto confrontandola con modelli gestionali di altre Regioni come la Lombardia. In Veneto avevamo inizialmente un rapporto tra pazienti ricoverati e soggetti in quarantena di 1 a 4 e successivamente di 1 a 7, nettamente inferiore rispetto a quello della regione Lombardia e di altre realtà e tale risultato è attribuibile al ben definito equilibrio tra la medicina ospedaliera e la medicina territoriale.

Questo ha fatto la differenza in termini di efficienza rispetto a molte altre situazioni regionali. Il Consiglio

approva all'unanimità il documento che sarà parte integrante del presente verbale.

Il Presidente passa la parola al dott. Orcalli che parla del documento sulle DAT che con grande soddisfazione è stato prodotto dopo mesi di intenso e condiviso lavoro. Segue estesa ed articolata esposizione del documento e dei suoi contenuti. Il Consiglio approva all'unanimità il documento che sarà parte integrante del presente verbale.

Prende la parola il dott. Cordioli che chiede la condivisione del Consiglio sull'opportunità di non celebrare quest'anno di emergenza Covid la Giornata del Medico e dell'Odontoiatra, per evitare situazioni di inevitabile assembramento. Dopo aver verificato se ci fosse stata una sala in grado di contenere 600-700 persone tra neo abilitati, premiati per i 50 anni di laurea e relativi parenti, valutando le possibili alternative compresa anche la possibilità di realizzarla nei padiglioni della Fiera (costi per attrezzarla molto alti) si è ritenuto nell'ambito del Comitato Direttivo di proporre di riprogrammare la manifestazione di quest'anno, il prossimo anno verso la primavera e possibilmente un'altra a fine anno. Dopo varie considerazioni e deduzioni il Consiglio approva all'unanimità il rinvio. Il Vicepresidente prosegue parlando delle elezioni ordinarie riferendo che la FNOMCeO ha lasciato libertà agli Ordini di farle anche in modalità digitale con eventuale richiesta da presentare entro il termine del 31 agosto.

Emerge in sostanza che l'idea che Verona persegue è di farle di persona, in presenza. Le principali novità in termini di organizzazione delle tornate elettorali sono: n. 3 tornate elettorali, unica convocazione con specificate le date delle elezioni, (proposta: le prime due 14-15-16 e 21-22-23 novembre con orario ridotto e l'ultima nei giorni 28-29-30 novembre con orario dalle 9.00 alle 20.00) Il Vice presidente chiarisce che nella prima tornata serve un quorum di 2/5 degli iscritti, nella seconda 1/5 e nella terza nessun quo-

rum; quindi risulta valida qualsiasi sia il numero delle presenze. Le convocazioni vengono inviate tramite PEC a chi ne è provvisto, ai restanti con lettera inoltrata con posta 1 (posta prioritaria).

La commissione elettorale dovrà essere composta da un presidente, un segretario uno scrutatore e uno scrutatore supplente, più 4 supplenti di supporto. Il Consiglio approva all'unanimità.

3) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

Le iscrizioni e cancellazioni vengono approvate all'unanimità.

4) VARIE ED EVENTUALI

Il Presidente passa la parola alla d.ssa Pastori che spiega che sono in scadenza alcuni contratti di consulenza:

1) l'incarico dell'avvocato Boschello DPO che si può rinnovare con affidamento diretto (come da regolamento ANAC) in quanto percepisce un importo inferiore a euro 5.000. L'avvocato Boschello si è dimostrata un valido collaboratore, sempre presente per consigli, indicazioni e consulenza per i dipendenti dell'ordine. Il Consiglio approva il rinnovo all'unanimità per anni due.

La Tesoriera prosegue quindi riferendo circa altri affidamenti per l'impresa di pulizie, per la consulente del lavoro e per la cancelleria; a tal proposito si provvederà a pubblicare nel sito www.omceovr.it la richiesta di manifestazione di interesse. Il Consiglio approva.

Prosegue dicendo che da quest'anno è obbligo esercitare la manifestazione d'interesse per il presidente dei revisori dei conti, che in sede di elezioni non sarà scelto dagli iscritti e non sarà soggetto a candidatura.

Le offerte ricevute in busta chiusa saranno valutate dal nuovo Consiglio Direttivo (il revisore deve essere iscritto all'albo dei revisori legali tenuto dal Ministero dell'Economia e delle Finanze). Il Consiglio approva all'unanimità. Il presidente chiede ai revisori dei conti e agli odontoiatri di lasciare la sala per poi procedere alla discussione delle relazioni istruttorie.

5) RELAZIONI ISTRUTTORIE

N.3 non dar luogo a procedere.

COMUNICATO AGLI ISCRITTI

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

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

LE OPZIONI SARANNO:

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

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

Confidiamo di poterVi dare un servizio migliore

La segreteria dell'Ordine

Relazione di fine mandato, 2018-2020

Care Colleghe
e cari Colleghi,

Vi scrivo per fare insieme a Voi il bilancio di questi tre anni di attività ordinistica. A parte troverete le relazioni dei Coordinatori delle commissioni, e dei Professionisti che hanno collaborato con noi. Nello scorso triennio, il Consiglio ha lavorato con periodici confronti presso la sede dell'Ordine con i rappresentanti dei Sindacati Medici e Odontoiatrici, dell'Ospedalità Privata e di quella Religiosa, in un clima di proficua collaborazione.

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

I punti salienti della attività dell'Ordine possono essere così riassunti:

- L'Ordine si è fatto parte attiva nella difesa della Professione dei Medici e degli Odontoiatri e al servizio della Cittadinanza.
- L'Ordine ha dato visibilità alle varie iniziative promosse, in sinergia con le Istituzioni locali e con le principali Istituzioni culturali.
- Si è presentato alla città facendosi conoscere con la "Giornata del Medico e dell'Odontoiatra", che per ovvi motivi quest'anno non abbiamo potuto svolgere; ci auguriamo di poterla organizzare in sicurezza quando la situazione sanitaria e le disposizioni di legge lo consentiranno.
- Il nostro Ordine ha fatto il possibile per diventare un punto di riferimento dei Cittadini nella tutela del diritto alla salute e, interpretando il ruolo di ente sussidiario dello Stato, ha cercato di essere interlocutore della Politica locale

e regionale quale rappresentante della professione medica.

- L'Ordine ha stretto una collaborazione ed un confronto costante con il mondo Universitario, partecipando attivamente alle sedute di laurea, da quest'anno abilitanti, secondo le disposizioni del DPCM *Cura Italia*, e alla formazione dei MMG mediante il tirocinio formativo.
- L'Ordine si è costantemente confrontato con le Direzioni Sanitarie della AOUI di Verona e dell'ULSS 9, "Scaligera" nei difficili mesi della pandemia e ha fornito supporto pratico, anche offrendo la disponibilità di tanti Colleghi che generosamente si sono offerti di rientrare in servizio.
- L'Ordine ha dato il via ad una costante e proficua attività, svolta dalla Commissione Ospedale-Territorio (che ha portato alla stesura di importanti documenti) e alla Commissione per lo sviluppo della Cultura "L.Vettore", che ha svolto un'infaticabile attività di organizzazione di eventi culturali di notevole spessore.
- Una attività degna di nota è stata svolta - in collaborazione col Tribunale di Verona e con l'Ordine degli Avvocati - per rivedere e rinnovare le modalità di iscrizione agli albi CTU: è stato stilato un nuovo protocollo di collaborazione firmato nel giugno scorso con la Presidente del Tribunale.
- È stata avviata una collaborazione con il Comune di Verona, in particolare con l'Assessorato alle Pari Opportunità (Referente Avv.to Briani): è stato creato un tavolo di lavoro avente come oggetto "La violenza sulle donne", al quale il nostro Ordine partecipa.
- Argomento "Vaccinazioni": la posizione dell'OMCeO di Verona di fronte alle "uscite" dei no-vax è ferma e assolutamente contraria a posizioni antivacciniste da parte

di quei Medici che non si attengono alle disposizioni di legge e che diano un'informazione non veritiera/fuorviante/incompleta alla popolazione.

- L'Ordine ha preso posizione su "sentenze" pronunciate frettolosamente sull'operato dei Medici, sulla base di "inchieste" condotte da trasmissioni televisive, a seguito di ben noti tragici eventi. Non è questo quello che tutti noi vogliamo e che ci aspettiamo dallo Stato: giustizia sì, giustizialismo no.
- Soprattutto negli ultimi mesi, l'OMCeO ha fatto da tramite fra alcune eccellenze della AOUI e i MMG, favorendo la comunicazione nell'interesse della salute dei cittadini. Nello stesso periodo, l'Ordine ha partecipato attivamente a numerosi webinar, patrocinando diversi eventi culturali e agendo da promotore di progetti finalizzati a facilitare la collaborazione fra le Direzioni Sanitarie Aziendali e la Medicina del territorio.
- Come ci siamo mossi all'interno dell'Ordine? La nostra attività si è focalizzata su una razionalizzazione dell'impiego delle risorse economiche, ed un sensibile contenimento delle spese; così facendo, abbiamo ottenuto un consistente risparmio che ci ha permesso anche una riduzione della tassa di iscrizione, inizialmente limitata ad alcune fasce di età, ma che ci auguriamo dall'anno prossimo di poter estendere a tutti gli Iscritti. Come potete capire, anche una riduzione di soli 13 euro, se applicata a 4700 Iscritti (che sono coloro che finora pagavano la quota intera), comporta una riduzione nelle entrate di oltre 60.000 euro; quindi, cerchiamo di proseguire su questa strada, facendo piccoli passi per volta.
- Con un certo orgoglio vi sottolineo che il nostro Ordine è per ora l'unico - su 106 - ad avere deliberato

la gratuità della quota di iscrizione per i Medici che hanno compiuto 75 anni; lo ritengo un piccolo, ma doveroso segno di riconoscenza verso chi ha dedicato la vita alla professione

- Comunicazione, con gli Iscritti e verso l'esterno: abbiamo cercato di migliorarla acquisendo una nostra addetta stampa, un nuovo portale dell'Ordine ed una pagina Facebook.
- *Verona Medica* è diventata digitale: una scelta che forse sarà dispiaciuta ad alcuni, ma che si è resa necessaria per diversi motivi. I tempi cambiano, la comunicazione ormai è digitale, e anche sotto questo aspetto il nostro Ordine si è aggiornato. Mi piacerebbe che in futuro, potesse na-

scere, a fianco di *Verona Medica*, una newsletter per comunicare rapidamente con i nostri Iscritti, analogamente a quanto accade in altri Ordini del Veneto.

- Mi è molto dispiaciuto non poter rinnovare l'abbonamento a *UpTo Date*: la proposta di rinnovo, limitata a 120 utenti (cosa già di per sé improponibile) ci è stata offerta al costo esorbitante di 59.400 USD: a queste condizioni il Consiglio ha deciso di non rinnovare l'abbonamento.

Tre anni fa ci eravamo ripromessi di fare molte cose: alcune le abbiamo fatte, altre spero potremo completarle in futuro: c'è ancora un po' di strada da percorrere per avere un Ordine davvero al passo dei tempi ...

Se, in occasione delle imminenti elezioni, ci rinnoverete la fiducia, cercheremo di completare il nostro programma.

Naturalmente, i risultati raggiunti sono frutto e merito di un lavoro di squadra svolto insieme al Consiglio, al quale va la mia sincera riconoscenza per avermi seguito e supportato in questo triennio; gli errori sono opera mia, e mi scuso con tutti.

Infine, un ringraziamento di cuore al Personale della Segreteria, sempre attento e disponibile.

Grazie a tutte/i per il sostegno, per i consigli e per i suggerimenti, un caro saluto.

CARLO RUGIU

Sintesi delle attività Ordinistiche nell'anno 2020

Di seguito troverete le relazioni delle Commissioni:

- Razionalizzazione della spesa ordinistica.
- Sviluppo professionale continuo e cultura "L.Vettore".
- Territorio-Ospedale
- Revisione albo periti del Tribunale di Verona
- Rapporti con la libera professione
- Giovani medici e neo abilitati
- Information Communication and Technology
- Medicine Complementari
- Pubblicità

e un resoconto sulle attività svolte dalla

- consulente Commercialista, dott.ssa Manicardi,
- consulente legale, avv. Donatella Gobbi, e
- addetta stampa, dott.ssa Laura Perina.

Fra i nostri consulenti ricordo anche la prof.ssa F. Bortolotti e la compianta avv. G. Maritato.

Un sincero ringraziamento a tutte/i per l'egregio lavoro svolto.

IL PRESIDENTE
CARLO RUGIU

Relazione sulla attività (2018-2020) della commissione: RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA ORDINISTICA

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

In questi due anni e mezzo la Commissione ha lavorato su due fronti:

- razionalizzazione della spesa e
- recupero delle entrate.

Per quanto riguarda le spese (esclu-

dendo le partite di giro), partendo dal consuntivo 2017, quando la Commissione non aveva ancora cominciato ad operare, i risultati sono i seguenti:

- Consuntivo 2017: € 1.105,127,74
- Consuntivo 2018: € 976,945,97
- Consuntivo 2019: € 1.003,973
- Probabile consuntivo 2020: € 940,000 circa

Quindi un risparmio di circa 165.000 euro nel 2020 rispetto al 2017.

I principali risparmi si sono avuti in queste voci:

- Spese per organi istituzionali: - 30.000 €.
- Spese di rappresentanza: -10.000 €.
- Spese per pubblicazioni: - 5.000 €.
- (sarebbero - 25.000 ma 20.000 € utilizzati per Up To Date)
- Spese per convegni, congressi...: - 5.000 €.
- Spese per il personale: - 30.000 €.
- Spese per incarichi: - 65.000 €.
- Spese per la sede: - 5.000 €.

Spese postali, telefoniche, internet:
- 7.000 €.
Spese per poste correttive: - 8.000 €.

Occorre sottolineare che il 2020 è stato un anno particolare, in quanto fino al mese di settembre avevamo una dipendente in meno, si sono realizzati pochi convegni e congressi e abbiamo annullato La giornata del Medico, e quindi abbiamo “speso” di meno; è facile ipotizzare che nel prossimo anno i risparmi saranno inferiori, mentre esistono ancora spazi per ulteriori razionalizzazioni.

Sul fronte delle entrate nel corso del 2019 si è provveduto al recupero di quote non pagate relative agli anni 2018 e precedenti per oltre 150.000 €. Questi i risultati delle Entrate:
2018: 1.037.148 €.
2019: 1.108.649,15 €. Pur con prima riduzione delle quote
2020: Previsione di 1.050.000 €.
Con ulteriore riduzione delle quote

Le azioni combinate su entrate e spese hanno consentito quindi di ridurre notevolmente le quote per quelle categorie, giovani sotto i 35 anni ed anziani sopra i 70 anni, che si trovano in maggiori difficoltà, oltre che rendere gratuito, (primo Ordine in Italia) il mantenimento dell'iscrizione all'Ordine per i colleghi con oltre 50 anni di Laurea. Inoltre nel corso degli anni è aumentato notevolmente l'avanzo di amministrazione che permetterà un ammodernamento della sede e si possono ipotizzare ulteriori cambiamenti nelle quote di iscrizione.

Relazione sulla attività della commissione: SVILUPPO PROFESSIONALE CONTINUO E CULTURA “LUCIANO VETTORE”

Coordinatore: Orcalli Francesco
Componenti: Orcalli Francesco, Moretto Giuseppe, Pizzolo Giovanni, Pace Donato, Migliorini Mariasole, Mazzaferri Fulvia, Del Zotti Francesco, Cosaro Elisa, Gangemi Michele, Perinon Anna.

Nella prima riunione dell'anno alla presenza del Presidente, è stato commemorato il prof Luciano Vettore e si è

deciso di apporre una targa nella sala convegni a ricordo della sua ultima lezione tenuta il 3/10 proprio in sala Fazzini e di intestare a suo nome la commissione.

Nella riunione del 3 marzo la commissione Sviluppo professionale continuo e cultura Luciano Vettore ha approvato due convegni:

“Farmaci Biologici, una rivoluzione: dallo specialista al Medico di Medicina Generale” presso Sala Fazzini il 5 Marzo 2020 (sospesa causa pandemia) e “In Ricordo di Luciano Vettore” in collaborazione con Università degli Studi di Verona presso Aula Magna il 30 Maggio 2020 (già programmata per il 12 dicembre, sospesa causa pandemia).

La Commissione si è riunita in sede prima, e poi in videoconferenza in diverse occasioni.

Vista l'impossibilità di programmare conferenze in presenza, la Commissione ha ritenuto fosse utile comunicare con gli iscritti attraverso brevi note sulla pandemia. In particolare, sono stati divulgati due note informative relative all'uso dei guanti e delle mascherine e sui test sierologici.

La Commissione inoltre ha affrontato il tema delle cure palliative e quello sulla gestione territoriale della pandemia. Da queste riflessioni sono nati due documenti: **Proposte di riorganizzazione della Medicina Territoriale post COVID e Cure Palliative in Provincia di Verona.**

La Commissione è stata integrata nel corso dell'anno da tre nuovi colleghi del territorio: Del Zotti Francesco MMG, Gangemi Michele già PdL e Cosaro Elisa MMG.

Relazione sulla attività della commissione: TERRITORIO- OSPEDALE

Coordinatore: Orcalli Francesco
Componenti: Tomezzoli Anna, Bovo Chiara, Signorelli Denise, Bonetti Andrea, Elio Amedeo, Orcalli Francesco, Mirandola Franca, Bellamoli Sandro, Zamboni Mauro, Moretto Giuseppe, Costa Paolo, Zanetti Nicola, Poppini Pia, Benini Paolo, Di Francesco Vincenzo, Cametti Elisa.

La Commissione si è riunita mercoledì 26 Febbraio e ha trattato i temi: la continuità delle cure con percorsi facilitati per malati terminali e la definizione delle competenze di prescrizione e rispetto di autoprescrizione nelle visite di controllo follow up, riproposizione aggiornamento RAO.

I Componenti della Commissione si sono trovati in prima linea nell'emergenza Covid con l'impossibilità di partecipare anche in videoconferenza. Ben cinque si sono ammalati, per cui si è preferito sospendere l'attività della Commissione stessa. Nella prima riunione il 22 luglio in Sala Fazzini sono stati approvati due documenti sulle cure palliative e sulla riorganizzazione territoriale post Covid. La Commissione nel corso dell'anno è stata integrata dal Dott. Benini Paolo, dal Dott. Di Francesco Vincenzo, dalla Dott.ssa Cametti Elisa.

La Commissione ha inoltre avuto un fattivo e continuo confronto con i Comitati di Bioetica in particolare con il Dott. Bonadonna e il Dott. Guidi per la definizione di un documento comune relativo alle DAT e sulla preparazione di un modello esemplificativo per la compilazione. La commissione nella riunione del 22 luglio ha discusso ed approvato il documento trasmettendolo al consiglio dell'ordine per la definitiva approvazione.

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

Referenti: Orcalli Francesco, Zattoni Franco

Nel corso del 2020 non ci sono state convocazioni della Commissione da parte del Presidente Sez. Penale Dott. Sperandio.

Restano nodi irrisolti nell'applicazione dell'accordo relativi all'inserimento nell'elenco dei Periti i colleghi pensionati. Il Presidente del Tribunale Magaraggia aveva promesso di risolvere il contenzioso con un'apposita riunione della Commissione e con il Dott. Sperandio.

La commissione è stata convocata per il 23/09 in assenza dei rappresentanti dell'Ordine (causa Covid).

Relazione sulla attività della commissione: **RAPPORTI CON LA LIBERA PROFESSIONE**

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

La Commissione si è riunita in presenza ad ottobre 2019 e febbraio 2020, poi non è stato più possibile e a causa delle disposizioni in materia di COVID19, ma si è mantenuta a disposizione e in contatto.

Nelle riunioni effettuate sono stati trattati i seguenti temi di particolare interesse:

- Proposta di realizzare un convegno per chiarire gli aspetti relativi agli adempimenti di fatturazione elettronica e dotazione di POS per i liberi professionisti.
- Criticità nelle relazioni libero-professionali con le grandi strutture private: risultano spesso inadeguati sia il rispetto delle normative di sicurezza sia il rispetto della professionalità dei medici che vi prestano opera: in particolare il numero delle prestazioni erogate assume più importanza della qualità delle stesse, la retribuzione è inadeguata, spesso non corrisposta e non tutelata dalle normative regionali.
- Le grandi strutture private ricevono ingenti finanziamenti statali, ma poi non ci sono adeguate verifiche su come tali soldi vengano spesi e se effettivamente vengano impiegati per fornire un sistema efficiente. Al contrario le strutture sanitarie piccole vengono vessate con controlli molto stringenti.

Ci siamo poi consultati in via telematica a fine aprile per la stesura di un documento che fornisse ai Colleghi delle indicazioni uniformi da seguire nella gestione degli ambulatori privati per ridurre al minimo la possibilità di trasmissione del COVID19, basandoci sui migliori dati disponibili.

Il documento è stato reso disponibile sul sito dell'Ordine per tutti gli iscritti.

Relazione sulla attività della commissione: **Information Communication Technology (ICT)**

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

La commissione non si è più riunita dopo il 2019.

Relazione sulla attività della commissione: **GIOVANI MEDICI E NEOABILITATI**

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

Da febbraio la commissione non si è più riunita.

Relazione sulla attività della commissione: **MEDICINE COMPLEMENTARI**

Coordinatore: Dall' Anese Enrico, Elio Amedeo

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

La Commissione delle Medicine Complementari nel corso dell'anno 2020, fino alla data odierna, si è riunita una sola volta, il giorno 28/01/2020, per discutere le domande di iscrizione ai registri delle medicine complementari presentate dai colleghi della provincia di Verona.

I membri della Commissione hanno comunque mantenuto i contatti tra di loro e con i membri delle Commissioni degli Ordini dei Medici delle altre province italiane.

Relazione sulla attività della commissione: **PUBBLICITÀ**

Coordinatore: Bovolín Francesco
Componenti: Bovolín Francesco, Facincani Fabio, Peruzzini Carlo.

La Commissione Pubblicità è stata creata per rispondere ai quesiti presentati da quest'aspetto dell'esercizio della medicina e dell'odontoiatria, soprattutto in ambito privato libero professionale.

Nel triennio, i casi affrontati sono stati 11, tutti consistenti nel richiedere se il progetto pubblicitario ideato dai Colle-

ghi, o dalle ditte di progetti pubblicitari incaricate, fossero corretti o censurabili. La maggior parte dei casi affrontati riguardavano richieste preventive alla pubblicazione, che poteva avvenire su internet, o sulla carta stampata o in forma radiotelevisiva. Abbiamo quasi sempre potuto rispondere in maniera rapida.

Solo uno tra gli undici casi, particolarmente complesso, ha richiesto la consulenza dell'avvocato Gobbi.

Relazione sulla attività della commissione: **SALUTE E AMBIENTE**

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

Nel corso del 2020 le attività della Commissione Ambiente e Salute sono state gravemente compromesse dall'emergenza sanitaria verificatasi e dal conseguente blocco dell'attività convegnistica. L'intendimento di intraprendere attività formative sugli argomenti ritenuti maggiormente significativi dai colleghi attraverso il sondaggio online precedentemente condotto (esposizione professionale ai cancerogeni, all'inquinamento da traffico e al rapporto tra alimentazione e sostenibilità ambientale) non ha potuto quindi concretizzarsi. Sono tuttavia proseguiti i contatti con la Dott.ssa Poppini, referente dell'ULSS 9 per l'aggiornamento dei MMG e dei PLS, che hanno condotto all'inserimento delle tematiche ambientali nei percorsi di aggiornamento obbligatorio previsti per tali colleghi dai patti aziendali, qualora attivati.

Relazione sulla attività del dottore commercialista, dott.ssa **Graziella Manicardi**

In qualità di commercialista esperta in materia tributaria e amministrativa, iscritta all'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Mantova ed al Registro Nazionale dei Revisori Contabili, garantisco la presenza ogni mercoledì mattina per attività di consulenza a beneficio degli iscritti all'Or-

dine dei Medici e degli Odontoiatri di Verona.

Previo appuntamento a cura della Segreteria ed esclusivamente presso i locali dell'Ordine, ricevo singolarmente i giovani iscritti che si affacciano al mondo del lavoro, ma anche medici e odontoiatri già in attività, interessati all'approfondimento delle novità normative in ambito contabile e fiscale.

Durante gli incontri illustro tutte le problematiche inerenti agli adempimenti quali l'apertura della Partita IVA, la scelta del regime contabile da adottare, gli obblighi in materia di emissione delle fatture (cartacee e/o elettroniche), i principali adempimenti dichiarativi periodici e annuali, la trasmissione dei dati relativi alle prestazioni mediche al Sistema Tessera Sanitaria, nonché informazioni e comunicazioni obbligatorie in materia previdenziale ENPAM (quote A e B).

In prossimità delle scadenze, assisto inoltre gli iscritti per la predisposizione della propria dichiarazione dei redditi, i termini e modalità di pagamento delle imposte, e la comunicazione alla Cassa previdenziale del Modello D.

A favore dell'Ordine, provvedo alla Certificazione del Bilancio annuale e alla predisposizione ed invio della dichiarazione dei redditi. Mi è infine richiesto, occasionalmente, di prestare attività di consulenza tributaria ed amministrativa, nonché di intervenire a corsi o convegni di natura formativa.

L'incarico di natura continuativa è svolto con la diligenza richiesta dalla natura dell'attività esercitata, dalle leggi e dalle norme deontologiche della professione, in attuazione di quanto previsto dalle vigenti normative in materia di trattamento dei dati personali, adeguata verifica della clientela e rispetto del segreto professionale, dandosi atto infine della presenza di idonea copertura assicurativa per la responsabilità civile contro i rischi professionali.

DOTT.SSA GRAZIELLA MANICARDI

Relazione sulla attività del consulente legale, avv. Donatella Gobbi

Di seguito l'attività da me svolta nel triennio, con riguardo all'incarico di

assistenza legale e consulenza affidatomi dall'Ordine, nell'interesse dell'Ordine e degli iscritti.

- 1) Ho pressoché sempre partecipato, in qualità di consulente legale, alle sedute del consiglio, e a quelle del consiglio direttivo, che hanno cadenza settimanale, esprimendo, ove richiesta, i relativi pareri in materia legale, ordinistica, contrattuale, deontologica.
- 2) Nell'ambito sopra descritto, ho espresso pareri anche telefonici o scritti a singoli consiglieri, e alla Presidente e agli altri membri della Commissione dell'albo degli Odontoiatri.
- 3) Ho prestato assistenza e consulenza al Consiglio (e per la Commissione dell'Albo Odontoiatri) per l'esame e la redazione di singoli atti deliberativi, per problematiche relative alla pubblicità sanitaria, e per tutti quei provvedimenti che cadenzano il procedimento disciplinare, e precisamente la segnalazione, il capo di incolpazione, i deliberati ed i provvedimenti finali, compresa poi la fase difensiva avanti alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie, cui gli iscritti si rivolgono, in sede di impugnazione, avverso i provvedimenti disciplinari che sono loro irrogati. Tali pareri sono sempre da me resi anche assistendo il personale della segreteria dell'Ordine che segue dette questioni.
- 4) Nell'ambito dell'assistenza, ho espresso e redatto pareri, anche su vari quesiti posti all'Ordine da iscritti, e nei confronti dell'Ufficio del Ministero della Salute che si occupa delle professioni sanitarie, sia in relazione a problematiche di iscrizione e di riconoscimento di titoli, sia per provvedimenti disciplinari avviati e/o assunti.
- 5) Ho assistito, e assisto l'Ordine in procedimenti penali (uno dei quali è in corso) rappresentando l'Ordine quale parte civile, ove i procedimenti riguardino l'abusivo esercizio della professione sanitaria, in specie quella odontoiatrica.
- 6) Ho intrattenuto e intrattengo, per conto dell'Ordine, i rapporti con gli Uffici giudiziari veronesi (Procura della Repubblica e Tribunale penale), veneti (altre Procure e Tribunali

e Corte d'Appello penale), e altri nel territorio nazionale (nel cui circondario e distretto operano iscritti all'Ordine di Verona), per richiedere copie degli atti di rinvio a giudizio e/o di condanna di alcuni iscritti, al fine delle opportune valutazioni deontologiche, dato che sino a qualche tempo fa tali notizie apparivano solo sui quotidiani, e necessitavano di approfondimenti formali, anche nell'interesse degli iscritti.

- 7) Nell'ambito del mio incarico ho prestato consulenza gratuita in favore di singoli iscritti (talvolta telefonica e con invio di documenti, talvolta con incontri nel mio studio o presso la sede dell'Ordine), per problematiche di loro personale interesse, quali, a titolo di mera esemplificazione, rapporti con i pazienti (o con i loro eredi), o con le Aziende sanitarie, rapporti con l'autorità giudiziaria, o per problemi professionali o legati alla richiesta degli assegni di specialità. Ho avuto contatti in tal senso anche con giovani medici in via di specializzazione.
- 8) Ho assistito l'Ordine nell'annosa vicenda – conclusasi nel giugno scorso – legata all'iscrizione ipotecaria gravante su una porzione della sede dell'Ordine, iscrizione che la società venditrice si era obbligata a cancellare ancora in sede di rogito, il che non era stato poi possibile per la cessione del credito ipotecario fatta dalla banca creditrice a società per la cartolarizzazione dei crediti. L'attuale creditore ipotecario (il credito era stato oggetto di ulteriore cessione) ha infine consentito alla cancellazione dell'iscrizione, senza alcun onere per l'Ordine, e dunque tutto il compendio che costituisce l'attuale sede è da tempo libero, anche se in questi anni esso è stato pienamente utilizzato, senza alcuna limitazione derivante dal permanere dell'iscrizione ipotecaria.
- 9) Ho tenuto una relazione ad un incontro tenutosi presso l'Ordine nell'ottobre 2019, organizzato dalla Commissione per l'Albo Odontoiatri, sul tema – e sulle recenti novità legislative – della responsabilità del Direttore sanitario.

AVV.TO DONATELLA GOBBI

Resoconto della attività di Ufficio stampa e comunicazione, Marzo 2019 - Ottobre 2020, dott.ssa Laura Perina

Perché un Ufficio stampa?

L'Ufficio stampa è il ponte che collega l'OMCeO ai media. Traduce in informazioni ciò che fa l'Ordine lo condivide con due finalità: guadagnare visibilità e costruire un ambiente favorevole per l'ente.

Quali risultati può portare?

Tangibili: il numero di articoli che parlano dell'OMCeO, pubblicati su giornali, siti web, radio e televisioni.

Intangibili: la goodwill (buona volontà), uno degli elementi che può contribuire ad avvicinare il pubblico all'OMCeO.

Cosa abbiamo comunicato?

- Nell'ambito delle attività di informazione promosse dall'Ufficio stampa, tra marzo 2019 e ottobre 2020 sono stati elaborati e diffusi ai media (quotidiani, radio, tv, agenzie di informazione, siti web) 24 tra **comunicati e note stampa** (dato aggiornato al 30 ottobre 2020). Ciascuno di questi si è tradotto in articoli riportati dai quotidiani e dai siti web di informazione, in servizi tv, servizi radio e note d'agenzia.
- Nell'ambito del rapporto con le istituzioni, la stampa e i media locali, sono stati organizzati **conferenze stampa, punti stampa e interviste** anche durante eventi e convegni.
- Mediante attività di comunicazione, nel novembre del 2019 è stata avviata una **pagina Facebook ufficiale** dell'Ordine dei Medici chirurghi e odontoiatri di Verona per veicolare all'esterno le attività dell'OMCeO con l'obiettivo di avvicinare l'ente alla popolazione.

Elenco dei comunicati stampa

- Medici in pensione richiamati in servizio per garantire i Livelli essenziali di assistenza (27 marzo 2019)
- A Verona crescono le segnalazioni per operato irregolare negli studi dentistici che fanno capo alle catene low-cost (10 aprile 2019)
- Al via la 13° edizione dell'Oral Cancer Day con controlli in piazza a Villafranca (9 maggio 2019)
- Il professor Pier Francesco Nocini è il nuovo rettore dell'Università di Verona (24 maggio 2019)

- Neolaureati in corsia, l'Ordine dei Medici contesta la decisione della Regione Veneto (19 agosto 2019)
- Uso e abuso degli antibiotici negli umani e negli animali. Incontro organizzato dall'Ordine dei Medici e dall'Accademia di Agricoltura Scienze e Lettere (20 settembre 2019)
- Gli odontoiatri veronesi scendono in campo per la lotta all'antibiotico-resistenza (2 ottobre 2019)
- Il divulgatore scientifico Giorgio Dobrilla a Verona ospite dell'Ordine dei Medici e dell'Accademia di Agricoltura Scienze e Lettere (15 ottobre 2019)
- L'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Verona celebra la Giornata del Medico e dell'Odontoiatra 2019 (6 novembre 2019)
- Giornata del Medico e dell'Odontoiatra 2019. Integrare ospedali e territorio per far fronte alla cronicità (9 novembre 2019)
- La gestione delle polmoniti da nuovo Coronavirus. Incontro informativo per medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale (7 febbraio 2020)
- Casi di Covid-19 a Verona. Rugiu (OMCeO di Verona): «Grazie ai medici veronesi per il loro impegno e la loro solidarietà» (2 marzo 2020)
- Già cento medici volontari rispondono all'appello congiunto di Ordine dei Medici e Ulss 9 (12 marzo 2020. In collaborazione con Ufficio stampa AULSS 9 Scaligera)
- L'Ordine dei Medici di Verona accoglie i primi 78 iscritti per effetto del Dpcm Cura Italia (26 marzo 2020)
- Ordine dei Medici di Verona: al via la distribuzione di quasi 19mila mascherine protettive (9 aprile 2020)
- I dentisti ai tempi del Covid-19 (15 aprile 2020)
- Test sierologici anti Covid-19: arriva la "guida" per chiarire dubbi e curiosità (27 aprile 2020)
- Distribuzione mascherine FFP2 (Nota stampa, 12 maggio 2020)
- Uso corretto dei Dispositivi di protezione individuale in ambito civile (4 giugno 2020)
- La solidarietà dell'Ordine dei Medici di Verona al dottor Andrea Tenci e agli operatori sanitari del Pronto soccorso di San Bonifacio (Nota stampa, 10 giugno 2020)

- Minacce di morte sui social network, l'Ordine dei Medici di Verona condanna la violenza verbale nei confronti degli operatori sanitari della AOUI (5 settembre 2020)
- La medaglia dell'Ordine dei Medici di Verona a Francesco De Beni e Pietro Moscardò (9 settembre 2020)
- Presentato il volume «Covid-19: da una nuova malattia l'occasione per una nuova Medicina» (14 ottobre 2020)
- L'Ordine dei Medici di Verona si vaccina e lancia lo slogan «Fatti influenzare... dalla prevenzione» (24 ottobre 2020)

Dove siamo stati?

Quotidiani e settimanali: L'Arena, Corriere di Verona, Corriere del Veneto, Verona Fedele

Tv: Telearena, Telenuovo, Telepace, Verona Network, Tg24 di Sky

Radio: Radioverona, Radio Adige, Radio Pace, Radio Bella&Monella

Web: Veronasera, Verona IN, Il Nazionale, Pantheon Verona Network, illgazzettino.it, Tg24 di Sky, Mattino di Verona

Agenzie di informazione: ANSA

DOTT.SSA LAURA PERINA

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.

L'Ordine dei Medici di Verona si vaccina e lancia lo slogan "Fatti influenzare... dalla prevenzione"

Vaccinarsi contro l'influenza è un gesto indispensabile per proteggere noi stessi, le persone fragili e chi ci sta intorno. Tanto più quest'anno in cui la profilassi antinfluenzale su larga scala può avere ricadute sociali e sanitarie importanti per il nostro territorio, perché consente la diagnosi differenziale tra la sindrome da Covid-19 e l'influenza stagionale, che spesso presentano una sintomatologia comune.

Per questo motivo il Consiglio direttivo dell'Ordine dei Medici chirurgi e Odontoiatri di Verona e la Commissione degli Odontoiatri, quest'ultima presieduta dalla dottoressa Elena Boscagin, hanno scelto di vaccinarsi, lanciando lo slogan di sensibilizzazione «Fatti influenzare... dalla prevenzione», che nella fase attuale della pandemia assume una duplice valenza: vaccinati e indossa la mascherina.

«I medici hanno l'obbligo deontologico di collaborare alla diffusione della cultura delle prevenzione e quindi devono dare il buon esempio vaccinandosi», spiega il presidente dell'Ordine



dei Medici, Carlo Rugiu. «Per il personale sanitario», aggiunge, «vaccinarsi significa proteggere i pazienti e prevenire potenziali assenze per malattia, contribuendo alla tenuta del Sistema sanitario in questi mesi difficili».

La vaccinazione riduce il tasso di ospedalizzazione e previene le complicanze legate al virus influenzale, «ma è essenziale che questo atto

di prevenzione sia accompagnato dall'uso corretto dei dispositivi di protezione individuale, secondo le direttive del Ministero della Salute, ricordando sempre di mantenere il distanziamento e rispettare le regole di igiene personale», evidenzia Rugiu.

La campagna per la vaccinazione antinfluenzale è iniziata ufficialmente lunedì 19 ottobre. «Voglio ringraziare il personale sanitario della nostra Aulss e dei servizi territoriali, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta per il loro impegno nelle attività di prevenzione e di comunicazione con i cittadini», sottolinea il presidente dei medici. «Facendo squadra possiamo diffondere la cultura della vaccinazione e superare gli ostacoli creati da false dicerie, prive di qualsiasi fondamento scientifico».

Il video della campagna di sensibilizzazione «Fatti influenzare... dalla prevenzione» è visibile sulla pagina facebook dell'Ordine dei Medici di Verona all'indirizzo: <https://www.facebook.com/ordinemediciVR>.



La medaglia dell'Ordine dei Medici di Verona a Francesco De Beni e Pietro Moscardo

I due adolescenti hanno compiuto il giro del lago di Garda a piedi per ringraziare gli operatori sanitari in prima linea contro il Covid-19. Rugiu, presidente dell'OMCeO di Verona: «Con il loro gesto sono un esempio di civiltà».

Lo scorso 9 settembre il presidente dell'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Verona, dottor Carlo Rugiu, e la presidente della Commissione Albo Odontoiatri (Cao) dell'OMCeO, dottoressa Elena Boscagin, hanno consegnato la medaglia dell'Ordine a Francesco De Beni e Pietro Moscardo, entrambi di 16 anni d'età, residenti ad Affi.

I due adolescenti, compagni di classe all'istituto tecnico agrario Stefani-Bentegodi, hanno mantenuto fede a una promessa scambiata via social nel periodo del lockdown: fare il giro del lago di Garda a piedi per ringraziare i medici e gli operatori sanitari

veronesi che si sono adoperati durante l'emergenza Covid-19. Hanno compiuto la "missione" a giugno, dopo quattro giorni di cammino con tenda e zaino in spalle, partendo e arrivando a Bardolino. La loro impresa, un "Cammino del ricordo" lungo 156 chilometri, è anche raccontata nella nuova edizione del diario scolastico "Diversamente Veneto".

«Il loro gesto di sensibilità e vicinanza alla comunità medica veronese mi ha colpito profondamente, tant'è che ho voluto sottoporre al Consiglio dell'Ordine la proposta, poi accolta all'unanimità, di attribuire un riconoscimento simbolico a questi due ragazzi»,

spiega il presidente dell'OMCeO, Carlo Rugiu. «Siamo soliti regalare la medaglia dell'Ordine di Verona ai relatori illustri che intervengono durante i nostri convegni e ai medici che festeggiano i cinquant'anni dal conseguimento della laurea in Medicina.

È un omaggio semplice, ma di riconoscenza nei confronti di chi si è distinto per motivi culturali o sociali. Nonostante la loro giovane età, Francesco e Pietro si sono impegnati a fondo in qualcosa di concreto che rendesse merito a quanti hanno lavorato con dedizione durante la fase più difficile della pandemia. Li reputo un esempio di civiltà».



Proposte di riorganizzazione della Medicina Territoriale post COVID

Documento approvato dalla Commissione Ospedale Territorio dell'Ordine dei Medici C. e O. di Verona nella seduta del 22/07/2020 e ratificato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici C. e O. in data 08/09/2020

1. PREMESSA

L'analisi di alcuni indicatori sanitari relativi all'impatto nel nostro Paese dell'epidemia da coronavirus, attualmente in fase di declino, evidenzia alcune differenze fra regioni limitrofe tanto marcate che è utile analizzarle per ricavarne indicazioni sia per la prossima (probabile) fase endemica sia, più in generale, per l'organizzazione complessiva dei sistemi sanitari regionali.⁽¹⁾

Il confronto risulta importante sotto diversi aspetti, e non solo per quello della mortalità che ha attirato, per la sua consistenza, l'attenzione generale.

Crediamo, infatti sia di maggior interesse analizzare altre due differenze dato che possono contribuire a far luce sulle cause remote (od, almeno, su alcune delle cause remote) della differenza del numero di decessi attribuiti al coronavirus.

Prendendo, come riferimento temporale, la data (assunta a caso) del 15 Marzo possiamo notare che: in Veneto di fronte a 426 ricoverati in ospedale per coronavirus i soggetti isolati a domicilio come sospetti o contatti stretti erano 1.434; più del triplo.

Se confrontiamo questi dati al 22 aprile, vediamo che in Veneto, i ricoverati erano 1.205 contro 8. 623 soggetti posti in quarantena con una proporzione fra ricoverati ed isolati di circa uno ad otto. In altri termini, il Veneto ha fin dall'inizio dell'epidemia utilizzato il criterio di mettere in quarantena i contatti stretti.

Riteniamo che questo aspetto sia stato molto più rilevante, nel contenere la diffusione del contagio, rispetto all'utilizzo su larga scala dei test di

identificazione del virus che sono stati disponibili in quantità sufficiente solo più tardi.

Il secondo punto di rilevante differenza è stato dato dal fatto che in Veneto la maggior parte dei soggetti che si presentavano con i sintomi iniziali della malattia sono stati seguiti a domicilio dal loro medico di famiglia sia per via telefonica sia, in secondo tempo, con team equipaggiati adeguatamente con dispositivi di sicurezza; l'accesso al pronto soccorso e agli ospedali è stato così filtrato e ridotto tanto che questo afflusso non ha mai saturato completamente le disponibilità di posti letto dei reparti

- Il 9 marzo i pazienti in trattamento a domicilio erano, in Veneto il 65,9%

Un esempio di questa scelta di politica sanitaria è dato dall'approccio scelto, venti anni or sono, dal Veneto nell'organizzare l'assistenza domiciliare dei pazienti oncologici terminali.

Il Veneto, ha centrato questa assistenza sui medici di famiglia che sono stati addestrati all'uso delle cure palliative e possono disporre di consulenze specialistiche e di assistenza infermieristica. (vedi scheda uno).

La crisi pandemica ha, per altro, fortemente provato anche il sistema regionale veneto nel quale la scelta di concentrare le risorse principalmente nella rete ospedaliera è stata, in ogni caso, presente ma meno marcata rispetto alla Lombardia e si sono così potute sviluppare, sia pure in modo disomogeneo, esperienze di organizzazione di medicina di gruppo, con personale sanitario non medico e

personale amministrativo, più attente al modello organizzativo inglese del National Health Service da sempre orientato a mantenere equilibrato il rapporto fra medicina territoriale e medicina ospedaliera.

Va tenuto conto che se la crisi del modello ospedalecentrico si è manifestata di fronte ad un evento a carattere epidemico generato dal coronavirus, ancor più grave è la persistente crisi nei confronti di un quadro epidemiologico caratterizzato dalla prevalenza di patologie cronico degenerative.

In altri termini, un servizio sanitario regionale che scelga di puntare sul rafforzamento della medicina territoriale e sulla prevenzione sarà in grado di rispondere con maggior efficacia sia a nuovi eventi epidemici od endemici causati da agenti infettivi sia nella gestione sia alle patologie cronico degenerative; in ambedue queste situazioni il risultato sarà la capacità di filtro dell'afflusso di pazienti verso le strutture ospedaliere e verso le case di riposo.

2. PROPOSTE

2.1 Proposte per la fase di endemia

L'epidemia che stiamo ancora affrontando evolverà probabilmente in un quadro epidemico endemico caratterizzato dalla ricomparsa di focolai epidemici. Per affrontare questo scenario è necessario sviluppare in modo marcato la collaborazione finora raggiunta fra MMG e Dipartimenti di prevenzione.

L'obiettivo è individuare e circoscrivere velocemente tutti i nuovi casi ed i nuovi focolai di contagio. Ciò è raggiungibile solo se viene costruito

(1) I dati riportati sono ripresi dalle elaborazioni condotte dal Movimento per la difesa e il miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale - sede: Milano, casa della cultura - sui dati del Ministero della Salute, dell'ISS e altre istituzioni ufficiali.

un saldo rapporto bidirezionale di informazioni e di chiarezza di mansioni fra territorio e dipartimento in modo da consentire al mmg (naturale prima sentinella dei nuovi casi sospetti) di allertare il DP e di mettere in isolamento domiciliare fiduciario il paziente agendo come propaggine avanzata del Dipartimento stesso in attesa di avere una validazione diagnostica strumentale. Va, inoltre definito che l'effettuazione del tampone diagnostico, viene effettuato dal mmg stesso.

- Per attuare questa modalità è essenziale che mmg e Dipartimento lavorino su una stessa piattaforma informatica dedicata e che i mmg abbiano a disposizione un numero specifico presso il Dipartimento per segnalare i nuovi casi e presso il 118 per richiedere l'eventuale ospedalizzazione su un canale preferenziale rispetto alle chiamate dell'utenza.
- D'altro lato, il Dipartimento deve alimentare la piattaforma informatica che verrà utilizzata per i flussi informatici di ritorno al mmg comprendenti i dati amministrativi che consentano al mmg di stilare i certificati necessari per i dipendenti posti in isolamento domiciliare. L'assenza di questi banali provvedimenti ha reso ancora più difficile il lavoro dei mmg in questa prima fase di epidemia.

Integrazione

- Riorganizzare i servizi e gli specialisti ospedalieri utilizzandoli solo per interni la mattina ed aprendoli nel pomeriggio per supporto al territorio
- Organizzare gli accessi al Pronto soccorso, al trauma center e alle urgenze internistiche su invio del curante (anche con la sola consulenza telefonica)

- Le dimissioni dovrebbero avvenire o al domicilio del paziente anche attraverso l'attivazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti più fragili o verso un ospedale di comunità (di cui va potenziata la presenza come previsto nell'ultimo piano regionale) o infine verso l'ospice.

2.2 proposta generale

Le nuove politiche sanitarie regionali post epidemiche dovrebbero, quindi, puntare a stimolare un rafforzamento della medicina di base organizzata con modalità operative che vedano i medici di famiglia dotarsi di sedi adeguate ⁽²⁾, con gruppi di lavoro che comprendano personale infermieristico ed amministrativo e la dotazione di attrezzature diagnostiche utilizzabili sia in ambulatorio che a domicilio come saturimetri di precisione, elettrocardiografi ed ecografi e che consentano di sfruttare appieno le attuali possibilità offerte dalla telemedicina.

La proposta è, quindi, di favorire la formazione di team di mmg (ad esempio, 10 medici per 15.000 abitanti con personale infermieristico e amministrativo) da adattarsi al territorio prevedendo incentivi per le zone disagiate o montane. Vanno limitati alle sole zone disagiate i piccoli ambulatori periferici.

- Il team dovrebbe provvedere all'assistenza ambulatoriale e domiciliare su 24h, con reperibilità sia telefonica che con visite domiciliari. la conoscenza dei pazienti (i team dovrebbero confrontarsi sui casi più gravi e complessi con meeting settimanali) migliorerà il livello di assistenza rispetto a quella attuale. L'esperienza dei micro-team (for-

mata da un mmg e da un infermiere) nell'assistenza a domicilio dei pazienti affetti da coronavirus è una modalità operativa da valorizzare dato che porta a casa del paziente un medico che lavora all'interno del gruppo di mmg in cui opera il medico curante del paziente e che ha a disposizione tutte le informazioni necessarie ad inquadrare il paziente stesso. È una buona alternativa a/l'attuale sistema di Assistenza di continuità assistenziale, modello che ha dimostrato molti limiti operativi. L'attivazione di gruppi di medici associati in modo organizzato diventerà la norma garantirà una riorganizzazione della copertura sanitaria delle ore festive e notturne. I colleghi di guardia medica saranno integrati nei team.

- In questo contesto, il distretto assumerà compiti di coordinamento, di aggiornamento di controllo e soprattutto di mettere a disposizione in tempo reale una diagnostica radiologica e specialistica di primo livello.
- All'interno dell'ambulatorio può essere previsto un punto prelievi in supporto o in alternativa al punto prelievi distrettuale.

Resta da affrontare in un nuovo modello organizzativo, il problema della sottovalutazione in atto, nel nostro Paese, delle competenze lavorative affidate al personale infermieristico dato che non è ancora stato formulato un progetto complessivo di task shifting. ^{(3) (4)}

Va sottolineato che, affrontato questo nodo, il nuovo modello organizzativo di medicina territoriale potrà rispondere anche al problema rilevante dato dalla scarsità di medici di me-

(2) L'epidemia da coronavirus ha, fra l'altro, evidenziato l'inadeguatezza delle sedi fisiche di molte medicine di gruppo. Manca, infatti una tipologia urbanistica e architettonica specifica per questa modalità assistenziale; le sedi sono spesso ricavate ristrutturando spazi commerciali al piano terra di edifici ad uso abitativo e commerciale. La recente esperienza suggerisce che vengano progettati spazi appositi (che comprendano ad esempio, un locale da adibire ad "ambulatorio sporco" e dotazioni di DPI di emergenza stoccati in previsione di una emergenza, nonché spazi dedicati alla segreteria e al personale infermieristico. I Comuni dovrebbero, da parte loro, predisporre nella loro programmazione urbanistica spazi e standard urbanistici appositi per queste attività.

(3) Secondo l'OMS "task shifting" è la ridistribuzione razionale dei compiti all'interno di un gruppo di lavoro sanitario grazie alla quale competenze tecniche specifiche sono spostate da operatori sanitari a qualificazione formale più elevata ad altri di qualificazione formale meno elevata ma specificamente formati e certificati con l'obiettivo di raggiungere un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili. In realtà si tratta di una modalità razionale che affida un compito alla persona meno qualificata, dal punto di vista formale, in grado di svolgerlo correttamente; è uno dei criteri di efficienza della strategia Primary Health Care, indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come il modello da seguire per la salute globale che può trovare un ambito particolarmente favorevole nelle attività di medicina territoriale e prevenzione del nostro Paese che presenta una situazione di "ingessamento" formale delle competenze professionali particolarmente elevato.

(4) The World Health Report 2008- Primary Health Care (Now More Than Ever). Geneva: World Health Organization, 2008.

dicina generale specie nelle zone periferiche più svantaggiate del Paese. Riunire in gruppi i medici disponibili in centri periferici dove gli orari potranno essere dilatati e dove potranno essere organizzati programmi di medicina di iniziativa condotti da personale infermieristico addestrato migliorerebbe, in tempi brevi, l'offerta sanitaria regionale.

Scheda uno: la politica della regione Veneto nei confronti della medicina territoriale

1. Dai primi anni 2000 al 2019 in tutto il Veneto sono stati in vigore gli Accordi Regionali che implementavano e integravano l'Accordo Nazionale (ACN) per la medicina generale, riprendendo l'esperienza attivata a Verona nel 1999/2000, con il nome di Progetto Sperimentale di Assistenza Territoriale, il primo patto locale non solo in Veneto.
2. Questi Accordi Regionali, venivano poi declinati in Patti Locali, cui hanno aderito circa l'80-90% dei MMG veneti
3. I Patti Locali avevano un nucleo comune in tutte le usls, ma po-

tevano variare in base a scelte ed esigenze locali

4. I Patti impegnavano i MMG in termini organizzativi, professionali e culturali
5. In termini organizzativi, hanno chiesto ai MMG di associarsi in: medicine di gruppo integrate e medicine di gruppo semplici (più medici sotto lo stesso tetto) e medicine di rete (più medici che pur in ambulatori separati, condividono lo stesso programma e le cartelle dei pazienti). I MMG così riuniti coprono la giornata (nel senso che un ambulatorio resta aperto ai pazienti) per 12 ore, 10 ore, 8 ore. Ogni medico risponde ai propri pazienti dalle 8 alle 20 o direttamente o attraverso il collega che copre l'orario totale del gruppo. Ogni medicina di gruppo o di rete converge poi in un TEAM o AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale), coprendo una popolazione di 15.000-20.000 abitanti. Il TEAM si trova periodicamente per (circa 5-6 sedute all'anno) per recepire i mandati del patto e valutare i risultati.
6. In termini culturali, ai MMG è stato chiesto di prescrivere esami dia-

gnostici e farmaci con appropriatezza. Sono stati affrontati in tutti questi anni il tema delle risonanze, delle ecografie, e di altri esami strumentali, degli antiipertensivi, dei PPI, etc. con buoni-ottimi risultati in termini di adesione e di outcome. Particolarmente importante anche la presa in carico dei pazienti diabetici, dei pazienti in trattamento anticoagulante, dei pazienti con scompenso cardiaco e dei pazienti con BPCO, anche questo in netta contrapposizione con le scelte della Regione Lombardia.

7. Un altro obiettivo trasferito ai MMG è stato il tema delle vaccinazioni antinfluenzali fatte agli over 65 e che sono passate dal 20-30% degli anni '90, quando erano affidate ai distretti, all'attuale 60-80% a seconda delle AFT.
8. Nei patti viene richiesta la partecipazione all'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata: oncologica e medica), che si affiancava all'AP (Assistenza Programmata) per i pazienti con difficoltà a deambulare e quindi a venire in ambulatorio.



FASTENFIN S.r.l.

Sede
Via K. F. Gauss N°11
46020 Pegognaga (MN)

Direzione Generale
Via Monte Grappa N°17-19
46020 Pegognaga (MN)

Registro Imprese di Mantova N°01927560209
Capitale Sociale 1.205.000,00 Euro i.v.
E-mail: direzione_commerciale@fastenfin.it

C.F. & P. IVA 01927560209
REA: 209425
Internet: www.fastenfin.it

Tel. 0376-550290 - 0376-553686
Fax 0376-550292

FASTENFIN è una società di leasing fondata nel 2000 specializzata nell'erogazione del LEASING OPERATIVO strumentale medicale.

Gentile Dott., abbiamo studiato soluzioni fiscali per massimizzare la deducibilità dei beni strumentali acquistabili con la **LOCAZIONE OPERATIVA di FASTENFIN**. Questo Le consentirà di beneficiare di una riduzione delle imposte da versare relative all'anno 2020.

La invitiamo a contattarci sin d'ora senza impegno per fornirLe una quantificazione numerica dei vantaggi finanziari / fiscali che può ottenere dall'utilizzo del bene in **LOCAZIONE**.

FASTENFIN
Società di Leasing

Direzione generale: Via Monte Grappa n° 17/19 – 46020 Pegognaga (MN) – Tel 0376 550290 – fax 0376 550292
customer_service@fastenfin.it – direzione_commerciale@fastenfin.it – www.fastenfin.it

sponsor ufficiale del Festivalletteratura 2020

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DELL'8 LUGLIO 2020

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

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

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

- Il Presidente riferisce di aver inviato, e ne dà lettura, una lettera di congratulazioni al Dott. Malagnino per la sua nomina all'incarico di Vice-Presidente della fondazione ENPAM. Viene quindi letta anche la lettera di risposta pervenuta dal Dott. Malagnino.
- Il Presidente riferisce di aver ricevuto una lettera da parte del Dott. Luigi Daleffe, candidato alla stessa carica ma non eletto. Il Presidente, apprezzando alcuni passaggi riportati, risponderà rinnovando la sua stima.
- Sempre il Presidente riferisce della comunicazione a firma Dott. Giovanni Sandri circa la possibilità di effettuare uno screening con dei test sierologici (Covid-19) sugli odontoiatri. Si attende proposta scritta che arriverà a breve.

RELAZIONI ISTRUTTORIE

- Vengono subito dopo prese in esame tre relazioni istruttorie di casi coinvolgenti iscritti al nostro Albo.

PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

Si discute poi di "resistenza al gravame" per un ricorso in CCEPS presentato da un Collega recentemente sottoposto a procedimento disciplinare. Anche un articolo giornalistico apparso su Arena a riguardo del procedimento disciplinare viene preso in esame.

La prossima riunione CAO si terrà il giorno 9 settembre 2020 alle ore 17.30.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 8 SETTEMBRE 2020

Presenti: Dott.ssa Boscagin, dott. Bovolin, dott. Pace, dott. Zattoni. Assente giustificato: dott. Luciano

Alle ore 18,20 inizia la riunione. Viene letto e approvato il verbale della precedente riunione CAO del 8 luglio 2020.

Il Presidente inizia la riunione sottoponendo ai presenti, per loro esame, la richiesta di approvazione di un'affissione informativa dell'attività professionale presentata dal un Collega. La CAO trova la richiesta legittima nella sua composizione e approva.

Il Presidente, poi, mette al corrente i presenti delle telefonate intercorse tra lei e la dott.ssa Lucchi (dell'ULSS 9) per perfezionare le modalità di esecuzione, da parte degli odontoiatri che hanno aderito all'offerta, degli esami sierologici/tampone inseriti nello screening di controllo dell'infezione da virus Covid-19. La prossima settimana verranno distribuiti i kit con i reagenti per gli studi che lo eseguiranno nelle loro strutture oppure sarà eseguito l'esame diretto di coloro che hanno preferito recarsi personalmente presso gli ambulatori distrettuali dell'ULSS. Viene esaminato il documento "capi di incolpazione" preparato dal dott. Luciano per il caso relativo alla dott.ssa WW. Il documento sarà ora inoltrato all'avv. Gobbi affinché lo perfezioni e possa poi essere inoltrato all'incolpata. Viene alla fine preso in esame il caso riguardante un doppio iscritto e pertanto gestito in parallelo con Commissione Albo Medici. La

Commissione Odontoiatri decide l'apertura di un procedimento disciplinare nei suoi confronti.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 13 OTTOBRE 2020

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

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

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

Il Presidente aggiorna i presenti sul caso riguardante i procedimenti dei sanitari professori HH e JJ. È pervenuta una comunicazione dal loro legale con richiesta di archiviazione per estinzione del reato. Nella necessità di poter adottare una decisione competente anche da parte di questa CAO che il 10/09/2013 aprì e contemporaneamente sospese il procedimento disciplinare nei confronti dei due sanitari in oggetto, viene deciso di consultare il legale dell'Ordine su come procedere per avere copia della sentenza e poterne leggere i contenuti. Il Presidente informa i presenti di aver ricevuto una importante sentenza del Consiglio di Stato riguardante la figura degli igienisti dentali. In tale sentenza viene espresso il parere relativo all'impossibilità per gli igienisti dentali di aprire autonomi studi professionali. Ne verrà mandata copia a tutti i membri CAO e sarà oggetto di discussione alla prossima CAO prevista per novembre.

RELAZIONI ISTRUTTORIE

Vengono poi prese in esame tre "relazioni istruttorie" per tre casi di competenza della CAO.

CALVARIO DI UN CONTAGIATO. Singolare diario della malattia per mettere in risalto le difficoltà incontrate nella prima fase dei disturbi senza un sostegno adeguato

«Covid a 90 anni e medico latitante»

I parenti di un nonno denunciano «Saturimetro scarico e diagnosi sbagliata. Poi solo a Borgo Trento grande professionalità e cura»

Daniilo Castellarin

Nella lotta quotidiana contro la malattia c'è chi preferisce spazzare via il più velocemente possibile i brutti ricordi. C'è invece chi li annota scrupolosamente per ricordare ogni tappa, a futura memoria. Il caso che riportiamo racconta la storia di vita vissuta da un uomo di novant'anni, residente nella nostra Provincia, colpito da Coronavirus lo scorso ottobre. Tutto inizia lunedì 19, con un abbassamento di voce. Il giorno dopo, martedì, i congiunti chiamano telefonicamente il medico, il quale attiva l'unità preposta all'esecuzione del tampone e che arriva mercoledì 21 ottobre, alle 17. I parenti leggono la scheda di visita: l'apparato respiratorio del nonno viene indicato come «integro». Ma salta fuori un piccolo imprevisto: il personale non può rilevare la saturazione perché il saturimetro è scarico. Tuttavia i parenti ricevono rassicurazioni dagli addetti: «Non preoccupatevi, probabilmente è una

semplice bronchite».

Intanto, dopo tre giorni, ancora nessuna telefonata del medico curante. E i parenti navigano a vista. Ma giovedì 22 la febbre del novantenne aumenta e arriva a 38. Nuovamente sollecitato, il medico curante prescrive al telefono antibiotico e tachipirina. Ma venerdì nessun miglioramento. E sabato la febbre sale a 38,5 e la saturazione scende a 87. Nessuna telefonata del medico curante.

«A quel punto abbiamo telefonato noi all'Ulss 9 per avere notizie del tampone, purtroppo senza successo. Domenica, visto che la saturazione era scesa a 85 abbiamo chiamato il 118 che ha provveduto immediatamente al ricovero all'ospedale di Borgo Trento. E solo il giorno dopo, lunedì, a ricovero avvenuto, abbiamo avuto dal medico di famiglia la comunicazione che il tampone era positivo».

A metà novembre, dopo 22 giorni di ricovero, sono avvenute le dimissioni da Borgo Trento. «Il personale ospedaliero è sempre stato disponibile e gentile, fornendo ogni



Un paziente Covid in terapia intensiva all'ospedale di Borgo Trento. FOTO MARCONI

giorno le informazioni e creando un prezioso canale di comunicazione tra noi e il nostro caro, cosa assai preziosa. Purtroppo nei giorni successivi alla dimissione nessun interesse da parte del medico curante. Abbiamo dovuto acquistare carni, visiere, guanti, igienizzanti per tutelare le persone che lo assistevano, e che dall'ospedale era tornato in condizioni decisamente migliori di quando era entrato, ma ancora positivo, tant'è vero che l'ospedale, correttamente, ci ha suggerito le procedure per agire in casa con sicurezza nelle fasi di ventilazione e protezione dal virus. In compenso non abbiamo avuto nessuna assistenza o suggerimento da parte del-

le istituzioni regionali e locali. Per questo crediamo, noi parenti stretti, che la Regione Veneto farebbe meglio ad attivarsi perché tutti i dispositivi necessari vengano venduti a prezzo politico, come si fa per le mascherine. Stessa cosa andrebbe fatta per il saturimetro. Abbiamo anche registrato come manchi completamente la diffusione di notizie base, una specie di guida-vademecum, per agire in tempi rapidi ed istruire parenti, familiari, popolazione». Vista la prolungata latitanza del medico curante, i familiari hanno alla fine pagato di tasca loro un medico privato per l'assistenza dopo le dimissioni. Osservazione finale in questo diario della

malattia: «Grande professionalità, efficienza e disponibilità all'ospedale di Borgo Trento, ma carenza preoccupante del medico curante che non ha ancora fatto al nostro congiunto il vaccino anti-influenzale, e della cosiddetta medicina sul territorio nelle fasi di accertamento e post ricovero. Abbiamo saputo che altri pazienti meno attempati sono stati più fortunati di noi, che hanno potuto giovare di cure ed esami più pronti. Una domanda: non è che questa trascuratezza sia dipesa dall'anagrafe? Non è che un paziente di 90 anni meriti meno attenzioni di uno di 50? O che c'è un po' di Svizzera anche nella nostra grande provincia?».

San Bonifacio

Ripristinato il numero per l'ascolto e il sostegno psicologico

Raccontare le paure e con le parole per dare loro un nome, riconoscerle ma anche distaccarsi da esse; con questo obiettivo l'assessorato ai servizi sociali del Comune di San Bonifacio rimette in campo il servizio gratuito di ascolto e sostegno psicologico che durante la prima ondata pandemica si era rivelato un aiuto importantissimo per le persone che si erano trovate catapultate nella dimensione inedita del lockdown e dell'isolamento. Proprio partendo dalle positive esperienze che le persone che lo avevano sperimentato hanno condiviso è nata l'idea di riproporre nuovamente questo servizio che oggi si rivolge anche alle persone che hanno incontrato il Covid-19 e col quale, in quarantena o isolamento, si stanno confrontando. In campo sono scesi nuovamente alcuni psicologi che si sono messi a disposizione del Comune per questo servizio gratuito che si attiva semplicemente con una



Il numero è lo 045.6132611

telefonata basta chiamare il numero 045.6132611, dalle 8 alle 12, e lasciare il proprio recapito. Questo è anche il numero da comporre per affittare l'ordine della spesa alimentare qualora fosse necessaria la consegna a domicilio mentre per il servizio domiciliare basta chiamare il numero 045.6132655. P.A.C.

Lettera a L'Arena

San Gregorio,
29 novembre 2020

Egregio signor
Daniilo Castellarin,

sono un medico di famiglia, da nove mesi in pensione, e sono stato molto colpito dal Suo articolo su "L'Arena" del giorno 26 u.s., in cui evidenziava in modo chiaro luci ed ombre delle nostre istituzioni sanitarie in questi

difficili momenti di pandemia Covid-19. Essi si possono riassumere, nel caso del signore novantenne, nelle carenze di diagnosi e cura nel territorio ed in questo caso, per fortuna, nelle eccellenze a livello ospedaliero.

Per quanto riguarda il primo aspetto, i 27000 operatori sanitari infettati e le centinaia di sanitari deceduti dalla scorsa primavera hanno condizionato i comportamenti dei Medici di fa-

miglia; un collega ammalato di covid significa, oltre ad un serio rischio di problemi di salute personali, anche l'abbandono della cura fino a 1500 pazienti per almeno 15-20 giorni, e questo se tutto va bene. La visita domiciliare, per questo motivo, è un ricordo del passato, non esiste più.

Di fronte a questa situazione, la Regione Veneto ha manifestato tutti i suoi limiti nello sciogliere i nodi che ora elenco.

Le neonate USCA (Unità speciali di continuità assistenziale), che dovevano esser state attivate per assicurare diagnosi e cure domiciliari in sostituzione dei medici di famiglia già nel corso della prima ondata la scorsa primavera, solo ora iniziano a funzionare, essendo in opera solo per circa metà rispetto alle necessità.

E che dire del problema della diagnosi mediante tamponi? Quelli rapidi forniti in questi giorni dalla Regione ai Medici di famiglia variano nel numero dai 20 ai 50, e si esauriscono rapidamente. I tempi di attesa per eseguirli nella struttura pubblica sono spesso lunghi, ed ecco la vergogna del fiorire dei poliambulatori privati, di cui i cittadini sono costretti a servirsi, con costi che vanno dai 40 € per i tamponi rapidi, agli 80-100 € per i molecolari, com'è accaduto al sottoscritto e a mio figlio. E che fa chi non può disporre di queste cifre?

La stessa inefficienza ha dimostrato la Regione Veneto nel non essere riuscita a fornire con regolarità la copertura della vaccinazione influenzale, di cui ha deciso da quest'anno di assumersi il compito, esonerando le AULSS con il loro collaudato servizio Vaccinazioni; quest'ultimo assicurava da sempre le dosi richieste da ogni medico di Medicina Generale, che conosceva il territorio e le esigenze dei propri assistiti; ora non più, perché i funzionari della Regione han dimostrato di ignorare questi aspetti, con le conseguenze che sono sotto gli occhi di tutti. E se si era convenuto di ampliare la platea dei possibili candidati alla vaccinazione (i 60-65enni e le persone a rischio, ora più sensibili al problema), c'era tutto il tempo per prevederlo già dall'estate. E non lamentiamoci, perché in altre regioni, vedi la Lombardia, la situazione è ben peggiore. E se queste son le premesse, che succederà tra poco nell'organizzazione del vaccino anti Covid-19?

In queste righe Le ho riassunto alcuni degli enormi problemi che la sanità regionale, con la sua burocrazia ed inefficienza, non ha saputo risolvere; sembra che ignori come, al centro di tutto, ci sia una persona ammalata

che può trovarsi abbandonata, con i drammi personali e familiari che devono rapidamente essere affrontati. E di questa persona novantenne sofferente Lei è ben riuscita a raccogliere le grida, ma quante migliaia di altri ammalati non hanno potuto essere salvati per ritardi o negligenze? C'è comunque una persona che può e deve essere vicina al paziente, con la ricchezza della propria formazione, ed è il Medico di famiglia.

Mai mi permetterei di giudicare, perché nella mia attività ho errato ogni giorno settanta volte sette, ma se è vero, come ho spiegato, che egli ha più che valide attenuanti nel non eseguire la visita domiciliare nella patologia Covid, non di certo è comprensibile l'assenza di una telefonata al proprio paziente od ai familiari nel corso della malattia; un colloquio può essere prezioso nell'indirizzarli, consigliarli, sostenerli.

"El meo mestier del mondo", scriveva Bepi Sartori. Questa professione "è un dono che capita nella vita", come si legge su "Medicina Generale, Storie e clinica della pratica quotidiana", edito da EMS nel 2019. È un privilegio che il medico a sua volta può trasmettere ai propri pazienti, nel sintonizzarsi e nel mettersi nei loro panni.

Il Medico di famiglia può e dev'essere l'erede del "Medico Condotta", figura scomparsa nel 1978 con l'avvento della Riforma Sanitaria, le cui doti umane oltre che professionali dovrebbero essere insegnate all'Università ai futuri medici ed a quelli della Scuola di formazione in Medicina Generale.

Di certo non si vuol tornare al passato, e l'aumento della vita media dimostra gli enormi progressi in questi anni della Medicina in Italia e nel veronese, ma occorrerebbe rispolverare i valori del Medico Condotta che, con la sua umanità e la sua pazienza, riusciva a curare, rassicurare, trasmettere fiducia, lenire le sofferenze di tanti pazienti.

Scrivo questo nel ricordo dello zio di mia moglie, che ha ricoperto il ruolo

di Medico Condotta ad Arcole negli anni 50 e 60 del secolo scorso, e di mio papà che lo è stato per 30 anni a San Gregorio. Personalmente, sono in pensione da pochi mesi dopo esser stato medico di famiglia nello stesso paese per 40 anni. Questo lungo periodo di attività mi ha dato modo di vivere tutta la profonda trasformazione della Medicina nel territorio. Uno dei problemi più importanti che ho vissuto in questi anni è la necessità un efficiente servizio di Assistenza Domiciliare, da sempre cenerentola rispetto alle risorse economiche ed umane riservate alle strutture ospedaliere. Nel Servizio di Cologna V, appartenente al Distretto Sanitario di San Bonifacio, di cui orgogliosamente ho fatto parte, sono destinati all'assistenza domiciliare solo tre infermieri, a fronte delle circa 1500 persone fragili (che sono statisticamente circa 70/1000 abitanti).

Ho scritto di questo argomento quasi ad un amico, perché pure io sono appassionato di auto storiche e sarebbe stato più rasserenante discorrere di quell'affascinante mondo che Lei ha descritto nei tanti libri che trattano di storia dell'automobile, di corse e di piloti veronesi. Libri alcuni dei quali ho letto e che si trovano nella mia biblioteca.

Con una battuta, ho apprezzato comunque come la stessa cura, la stessa attenzione Lei abbia posto nell'affrontare il tema delle corsie (ospedaliere), nel trattare cioè il tema fondamentale del diritto alla salute, rispetto a quello delle corse.

Con i più distinti saluti,
suo Giuseppe Calzavara



Tamponi e “Precettazioni”

Egr. Direttore,

Le chiedo attenzione in merito al titolo in prima pagina su l’Arena “Tamponi, precettati i medici di base” e nell’occhiello sovrastante “Ordinanza di Zaia, obbligatorio per i 3.150 dottori veneti effettuare i test rapidi agli assistiti. ‘sanzioni a chi si rifiuta’.

Il titolo non corrisponde alla realtà dei fatti e induce una visione lesiva della dignità professionale dei Medici di Famiglia. Molti colleghi veronesi mi hanno telefonato allarmati questa mattina.

Non si tratta di una precettazione, ma di un accordo condiviso a livello nazionale da FIMMG con il Governo e le Regioni. Inoltre l’obbligatorietà non è stabilita dal Presidente Zaia, che pure ha ritenuto di dare al provvedimento il carattere di ordinanza, ma da un impegno preciso che integra i compiti del medico di famiglia previsti dal nostro ACN (art. 13-bis aggiornato nell’accordo del 27 ottobre tra sindacati della medicina di famiglia e SISAC) e di un “protocollo di intesa” tra Regione Veneto e sindacati della medicina di famiglia approvato il 31 ottobre.

Per quanto riguarda i contenuti dell’articolo a pagina 11, poiché non viene precisato quali saranno gli effettivi servizi offerti dai medici, e da quando potranno iniziare, molti colleghi hanno il fondato timore di venire inondati di richieste improprie da parte dei cittadini nel panorama già confuso dell’accesso ai tamponi.

Una domanda confusa e indistinta di tamponi, alimentata dal clima di timore se non di panico, di molte persone intralcerà l’attività ambulatoriale e domiciliare ordinaria dei medici di famiglia e l’attività straordinaria di questo periodo nelle vaccinazioni (circa 540 persone ogni medico) sia nei nostri studi che in iniziative con i comuni e la protezione civile.

Diversi Medici di Famiglia veronesi hanno già iniziato a fare i tamponi rapidi in modo volontario ai loro pazienti. C’è stato un accordo tra la direzione dell’ULSS 9 e le Medicine di Gruppo Integrate del distretto 3 e con altri medici veronesi su base volontaria, per “testare” l’impegno aggiuntivo, sia dei medici che del personale infermieristico e di studio, e le procedure di sicurezza da seguire a tutela dei pazienti, dei medici e degli ambienti. Questa iniziativa ci può consentire di programmare meglio iniziative su più larga scala.

Cosa prevedono esattamente gli accordi nazionali e regionali.

I MMG faranno i tamponi rapidi, su prenotazione, nel loro studio o, se inadeguato, in strutture rese disponibili dall’ULSS o dai comuni a:

1. Persone asintomatiche, contatto stretto di positivi, individuate dal medico o segnalate dal Dipartimento di Prevenzione, anche per l’eventuale tampone previsto al termine del periodo di quarantena
2. Persone sospette di infezione, a discrezione del medico.

Abbiamo accettato l’utilizzo dei tamponi rapidi, come richiesto dalle autorità sanitarie nazionale e regionali, anche con la consapevolezza dei limiti di sensibilità e specificità che possono avere se usati impropriamente. Saranno dotati di tamponi rapidi anche i medici di continuità assistenziale.

In Veneto abbiamo sottoscritto alcuni impegni aggiuntivi rispetto al nazionale per facilitare l’individuazione dei contatti e le certificazioni, alleggerendo i compiti del SISP:

- L’identificazione tra i propri assistiti di contatti stretti con un positivo (contact tracing)
- Le certificazioni ai propri assistiti di inizio e fine quarantena (per i contatti stretti asintomatici) o di isola-

mento (per i positivi) che in questo periodo stanno creando notevoli disagi ai lavoratori dipendenti.

Questi provvedimenti sono funzioni medico legali, di restrizione della libertà individuale, e richiedono procedure che devono ancora essere attivate da Azienda zero.

Le chiedo cortesemente di aiutarci a fare bene il nostro lavoro precisando che i medici

- non possono iniziare a fare i tamponi questa settimana semplicemente perché non hanno i tamponi, non hanno ricevuto i DPI (dispositivi di protezione individuale)
- non sono in grado di fare le certificazioni medico legali perché non è attivo il portale regionale.

Inoltre, molti medici (circa il 45%) lavorano da soli, senza collaborazione di infermiere e segretaria, in studi angusti o in condomini inadeguati a garantire la sicurezza. In questi casi è prevista la collaborazione di ULSS e comuni per mettere a disposizione di questi medici ambienti idonei e lo smaltimento dei rifiuti.

Ci attendiamo dall’ULSS una convocazione in tempi rapidi per concordare la fornitura dei materiali, le modalità organizzative e una chiarificazione delle procedure senza le quali i nuovi servizi non possono partire.

A conclusione le riporto lo stato d’animo dei medici di famiglia veronesi. Ci dispiacciono i toni muscolari con i quali è stata presentata questa intesa. Molti di noi si sono sentiti offesi. Tanto più in Veneto dove, proprio per l’impegno della sanità del territorio nella prima fase dell’epidemia abbiamo curato a casa l’85% dei malati di Covid. Abbiamo avuto più di 50 infetti tra i nostri colleghi, ed un morto.

Ancora oggi alcuni di noi sono ammalati per il Covid. Dispiace ancora di

più a Verona dove, senza avere nulla in dotazione da Regione e ULSS, a febbraio, FIMMG ha fatto una raccolta di fondi con una risposta generosa da aziende, banche, associazioni private ed enti pubblici e da molti nostri pazienti, che ci ha permesso di avviare l'esperienza, originale in Italia, dei mi-

croteam per andare a visitare i malati segregati in casa. Ha servito nel periodo del lockdown un bacino di circa 350.000 veronesi e non è costata nulla allo stato.

Ma siamo Veneti e ci rimbocchiamole maniche. Siamo qui per fare respon-

sabilmente la nostra parte per evitare l'intasamento degli ospedali e limitare le disfunzioni dei servizi pubblici. Fa parte della nostra cultura il dialogo, ma anche il rispetto.

DR GUGLIELMO FRAPPORTI
SEGRETARIO PROVINCIALE FIMMG VERONA

Rifiuti sanitari: il ricatto del monopolio

Egr. Direttore,
porto alla sua conoscenza una situazione che coinvolge numerosi medici in provincia di Verona.

La ditta SECO è uno dei principali referenti in provincia per lo smaltimento di rifiuti sanitari. Da alcuni anni è stata assorbita da un gruppo monopolista del settore (Eco Eridania).

A settembre 2019, in seguito alla fusione, aveva inviato una proposta di modifica unilaterale del contratto con un aumento del canone per lo smaltimento dei rifiuti del 33% (nel mio caso specifica da 90 a 120 Euro annui per il ritiro semestrale di un contenitore). Essendo un incremento abbastanza contenuto ho ritenuto di accettare.

A settembre 2020 ha però inviato un'ulteriore proposta di modifica uni-

laterale del contratto con un nuovo marcato aumento del canone sia a me (nel mio caso da 120 a 220 Euro all'anno per il ritiro semestrale di un contenitore, pari a oltre l'80%) sia a vari colleghi che conosco e che si appoggiano a tale ditta per questo servizio.

A mio parere ed dei vari colleghi con cui mi sono confrontata, questo aumento è eccessivo e non giustificato. Inoltre lo trovo di particolare cattivo gusto, visto l'anno di notevoli difficoltà lavorative ed economiche a cui tutti siamo andati incontro.

Pertanto mi sono mossa ed ho trovato un'altra ditta di San Martino Buon Albergo, la Ri.e.co che mi ha applicato tariffe più ragionevoli. È una ditta più piccola e che muove i primi passi nel settore dei rifiuti sanitari, ma ha già

esperienza nella gestione di rifiuti potenzialmente infetti.

Confrontandomi con i colleghi, mi sono state segnalate inoltre come molto valide la ditta MEDICA SERVICE s.r.l. di Padova, che da anni opera con puntualità e affidabilità nel settore, e la ditta Eco Service s.r.l. di San Donà di Piave (VE).

Sono tutte imprese del nostro territorio, più o meno ravvicinato, che speriamo possano creare o mantenere posti di lavoro.

Le fornisco queste indicazioni nella speranza di essere di aiuto a colleghi che possano trovarsi nella mia stessa situazione.

Cordiali saluti,

DOTT.SSA ANNA PERONI



Il Centro Riabilitativo Veronese Casa di Cura Privata S.r.l.
accoglie proposte di collaborazione da parte di Medici Chirurghi e specialisti. Inviare curriculum vitae al seguente indirizzo mail:
ufficiopersonale@centroriabilitativoveronese.it

“Citrobacter”: i pazienti scrivono ...

Pubblichiamo alcuni messaggi di stima e solidarietà arrivati ai medici e al personale infermieristico e sociosanitario della Terapia intensiva neonatale dell'Azienda ospedaliera universitaria integrata, duramente presi di mira per il caso citrobacter con insulti e minacce di morte via social network. I messaggi sono stati scritti dalle famiglie di alcuni piccoli pazienti che per settimane, in quel reparto, hanno lottato contro le complicanze della prematurità.

«La famiglia delle gemelline Giulia e Maria (nomi di fantasia) è vicina al personale medico ed infermieristico della pediatria di Borgo Trento, in questo periodo difficile.

Ben ricordiamo la professionalità e l'umanità di tutti quanti hanno interagito con le nostre bimbe, durante il loro ricovero subito dopo la nascita. Eventuali errori e responsabilità, tutti da accertare solo nelle sedi competenti, non cancelleranno in ogni caso la nostra riconoscenza e la nostra stima nei confronti della Pediatria di Borgo Trento e il bene che Medici, Infermieri e tutto il personale hanno fatto alle nostre bambine».

«Quando penso alla TIN sono mille i pensieri, gli odori e ricordi che si affollano nella mia mente, ma in questo momento difficile e disperato è solo una la frase che voglio condividere: ci avete salvato la vita.

Ci avete salvato la vita e questo non lo dimentico. Non lo dimentico di fronte ai titoli dei giornali, non lo dimentico di fronte all'ora più buia.

A tutto il personale che lotta per la vita dei piccoli con impegno, fatica e professionalità, a tutto il personale che ha a cuore le piccole vite e che ogni giorno si dedica a curarle io dico semplicemente grazie.

Grazie e non arrendetevi».

«Per 77 giorni la Tin di Borgo Trento è stata la casa mia e di mio marito, il nido di nostro figlio, e le persone che abbiamo incontrato lì dentro sono state la nostra seconda famiglia. Avete accolto il nostro piccolo di 28 settimane e gli avete dato tutto ciò di cui aveva bisogno per sopravvivere.

Damiano ha iniziato il primo anno di scuola materna da pochi giorni, è un bambino tenace e determinato, ha un temperamento come pochi e al tempo stesso sa ricoprirvi di una dolcezza infinita, la stessa che ha ritrovato nel cuore di chi gli ha prestato le prime essenziali cure. Penso che la Tin sia stata una scuola di vita che lo ha fortificato in tutti i sensi. Ogni volta che lo guardo, ripenso al nostro percorso e rivedo un pezzetto di ciascun medico ed infermiera che abbiamo incontrato. Siete una parte indelebile della "nostra storia" e noi, e come noi moltissime altre famiglie, non possiamo e non dobbiamo dimenticarlo mai. In questo difficile momento che state attraversando, vi siamo vicini e vi chiediamo di non scordare nemmeno per un attimo quanto siano state importanti le vostre preziose cure e il vostro amore.

Abbiamo ancora tanto bisogno di voi! Non smetteremo mai di ringraziarvi per tutto quello che avete fatto.

*Un grazie profondo e sincero
Mamma Serena, papà Thomas e il piccolo Damiano».*

«Nel 2016 siamo stati in Tin più di 4 mesi. In questo reparto abbiamo trovato solo professionisti a partire da medici, infermieri e inservienti.

Hanno salvato la vita nostra figlia, una bimba di soli 610 grammi, saremo per sempre grati a questo reparto. Non abbiamo trovato solo professionisti, ma anche persone di una grandissima umanità. Non possiamo credere che qualcuno possa mettere in dubbio il loro operato, la pulizia e l'igiene erano sempre al massimo, le infer-

miere oltre ad occuparsi dei bambini, ci istruivano e vigilavano sui comportamenti che dovevamo tenere prima di venire a contatto con il reparto, loro stesse erano molto meticolose in ogni manovra che facevano prima di toccare i bambini. All'inizio eravamo molto colpiti dalla rigidità, poi abbiamo capito quando era importante preservare queste piccole creature.

Vogliamo esprimere la nostra vicinanza a tutto il personale, perché danno veramente tutto a questo reparto, mettono in campo le loro capacità, il loro cuore, sono instancabili, mai fermi, pur facendo un lavoro che richiede tanta concentrazione, sono stati per mesi la nostra famiglia, si sono occupati di noi e di nostra figlia in tutto per tutto, senza dimenticare che anche loro a casa hanno i loro cari, la loro vita, eppure per noi ci sono sempre stati. Non vogliamo dimenticare le inservienti il loro è un lavoro silenzioso, meticoloso, impegnativo e hanno sempre una parola buona per i genitori e i piccoli.

Grazie per tutto quello che avete fatto per noi. Ve ne saremo sempre grati.

Daniele, Cristina e Viola». ♥

«34+0, si rompono le acque, si va! Stanno per nascere Valentina e Nicola, a parte la certezza del cesareo nessun pensiero, dalle ultime ecografie il peso stimato di entrambi era sui 2 kg, 2kg e qualcosa di più e invece... Parto tutto bene, bimbi sani, ma il peso un po' sotto i 2 kg e Nicola una lieve difficoltà respiratoria, riesco a vedere per qualche secondo Valentina, ma poi li portano subito in TIN.

Ero stanca e subito non ho ben compreso cosa ci aspettava, si è aperto un mondo a me sconosciuto.

Li ho visti solo il giorno dopo, quando in sedia a rotelle ho varcato quella porta al 5 piano Terapia intensiva neonatale. Da quel 14/11/2016 per 3 lunghe settimane ogni giorno l'ho trascorso lì dentro dal mattino a sera, un

mondo pieno di suoni, allarmi, monitor, tubicini, termoculle e genitori che silenziosamente stavano accanto ai loro bambini spesso non potendoli prendere nemmeno in braccio.

C'erano diversi box, e i bambini erano suddivisi in queste stanze a seconda della gravità della loro prematurità, noi siamo stati fortunati eravamo nel primo, l'anticamera del ritorno a casa, ma ho visto davvero tante situazioni critiche e qualcuno che purtroppo non ce l'ha fatta.

Ma nonostante tutte queste difficoltà lo ricordo comunque come un periodo positivo, perché ho trovato il personale sanitario all'interno davvero meraviglioso. Le infermiere e i medici sempre vicini a noi genitori "impauriti" e ai nostri piccoli. Mi hanno insegnato un sacco di cose, dal bagnetto, alle medicazioni, ai sondini.

Siamo diventati genitori anche grazie al loro conforto, in quei momenti in cui tutte le altre mamme compagne di camera dopo qualche giorno uscivano dall'ospedale con il loro bimbo fra le braccia e noi no!

Per noi era la prima volta, per tutto il personale una quotidianità, ma nonostante tutto non hanno mai sottovalutato nulla e con infinita pazienza e

dedizione si sono affiancati a noi con lo stesso entusiasmo di chi lo fa per la prima volta. Instancabili anche se in quel reparto la pressione lavorativa e non solo è altissima, devono essere in grado di gestire i bambini e anche i loro genitori h 24. Solo chi passa da lì può capire cosa si vive, non è un reparto come tanti altri è davvero professionalmente ed emotivamente molto impegnativo. Gli infermieri non ti chiamavano per nome, ti chiamavano "mamma", era strano perché tu ancora in quella situazione non avevi assaporato realmente quella gioia, ma era bellissimo, scaldava il cuore.

Non finirò mai di ringraziarli per tutto quello che hanno fatto, dal primo all'ultimo, dott. Biban, il dott. Beghini, gli infermieri di cui purtroppo ricordo solo alcuni nomi, anche se i visi mi son rimasti ben impressi (Federica, Federica, Irene, Elisa, Vittorio...), mi sono sentita parte di una famiglia che mi ha aiutato a crescere come mamma e come persona.

Grazie di cuore, Alessia».

«Alice è nata in tutta fretta a 25 settimane e 1 giorno... abbiamo capito da subito di essere nel posto giusto,

per noi ma soprattutto per Alice... Non abbiamo conosciuto solo medici, infermiere e oss egregiamente preparati e professionali, attenti e scrupolosi ma soprattutto abbiamo trovato in voi persone eccezionali e di un'umanità rara. Avete pianto con noi nei momenti difficili – e purtroppo ce ne sono stati tanti –, avete gioito con noi ad ogni piccolissimo miglioramento, ci avete confortato e dato coraggio anche nelle situazioni più disperate. Avete pregato con noi. La dolcezza con cui voi infermiere vi prendevate cura di Alice resterà impressa a lungo nella nostra memoria, e gli insegnamenti di tutti sono stati preziosi una volta a casa. Abbiamo festeggiato insieme ogni mese che passava fino a quando non è arrivato il giorno in cui, finalmente, abbiamo varcato l'uscita in tre, a fine 2019. Mai dimenticheremo i vostri abbracci alle dimissioni! Senza la TIN e il suo personale straordinario Alice non ce l'avrebbe fatta. Le avete salvato la vita. Niente e nessuno potrà cancellare il bene immenso che avete fatto per la nostra famiglia e la gratitudine nei vostri confronti non si esaurirà mai.

Un immenso grazie! Alice, mamma Nadia e papà Giovanni».

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)

Suggerimenti operativi e terapeutici Per pazienti affetti da covid-19 trattati nel territorio

DOCUMENTO DI CONSENSO A CURA
DEL GRUPPO DI LAVORO TERRITORIO/
OSPEDALE/UNIVERSITÀ* (NOVEMBRE 2020)

PREMESSA

Mancano finora solide evidenze che permettano di costruire linee guida o raccomandazioni da parte di autorità scientifiche riguardo la terapia utilizzabile nel territorio contro la malattia da coronavirus SARS2-CoV-19 (1,2) pertanto il medico di famiglia si trova da solo, spesso sprovvisto di DPI e di personale infermieristico e segretariale e soprattutto senza farmaci per combattere questa nuovissima malattia. Anche in tale situazione i medici di famiglia hanno il dovere, basandosi sulla loro esperienza e sulla loro cultura fisiopatologica (3), di dare una risposta assistenziale e terapeutica al paziente. D'altro canto, alcune strategie terapeutiche praticate in ospedale hanno dato dei risultati, di cui bisogna tener conto per un eventuale utilizzo in futuro nel territorio. Dall'integrazione delle competenze dei medici di famiglia e dei colleghi specialisti (infettivologi, virologi, pneumologi, internisti, etc.) nasce questo documento di Consenso che proponiamo ai colleghi impegnati nell'assistenza sul territorio.

DECORSO "NATURALE" DELLA MALATTIA

Una volta avvenuto il contagio, l'incubazione ha una durata media di circa 5 giorni, con un minimo di 2 giorni ed un massimo di circa 12 (range stimato 2-14 giorni) seguita dall'esordio sintomatologico, in genere relativo alle vie aeree superiori, ma non raramente anche intestinale, con prevalenti: febbre, tosse, alterazione dell'olfatto e del gusto, malessere e dispnea, che spesso non è avvertita dal paziente.

Non esistono segni patognomnici o corredi sintomatologici tipici e non conosciamo bene quale sia la prevalenza dei pazienti asintomatici, anche se alcuni dati, essenzialmente derivati dallo studio di popolazione effettuato a Vo' Euganeo, suggeriscono che gli asintomatici allora erano tra il 30 e il 43% degli affetti dal coronavirus (4). I dati ricavati da "epicentro coronavirus" (5) (vedi figura 1), riferiti all'Italia, mostrano che a Giugno 2020 gli asintomatici erano dal 47 al 62%, mentre i paucisintomatici erano attorno al 7%.

Queste due categorie insieme ad agosto salgono al 73%. Chi aveva la condizione severa di malattia variava tra il 3 e il 6% durante tutta l'estate. Verso la fine di Ottobre gli asintomatici sono il 53% ed i paucisintomatici sono circa il 15%, cioè complessivamente il 68%. Chi ha una malattia lieve si attesta intorno al 25% e quelli con malattia grave attorno al 4%. Il tasso di letalità in Italia, cumulato da inizio epi-

demia ad oggi (16.11.20) è al 3,79%, con variazioni marcate da regione e regione, mentre quello mondiale è al 2.41% (6). Ricordiamo che il tasso di letalità in Italia per influenza nel 2019-2020 è stato dello 0.16%. Ricordiamo inoltre che il tasso di letalità, calcolato sui dati forniti dalla Protezione Civile, è dato dal rapporto dei decessi sui casi totali, mentre il tasso di mortalità è dato dal rapporto dei decessi sull'intera popolazione.

La malattia da coronavirus evolve in genere secondo tre fasi sequenziali di gravità:

1. Una prima fase collegata alla replicazione virale che esplode dopo il periodo di incubazione; caratterizzata da sintomatologia simil-influenzale (LI, Influence Like Illness) con febbre, tosse e malessere generale. Come detto, nella maggior parte dei casi il decorso è assolutamente benigno e si conclude in circa cinque giorni dall'esordio,

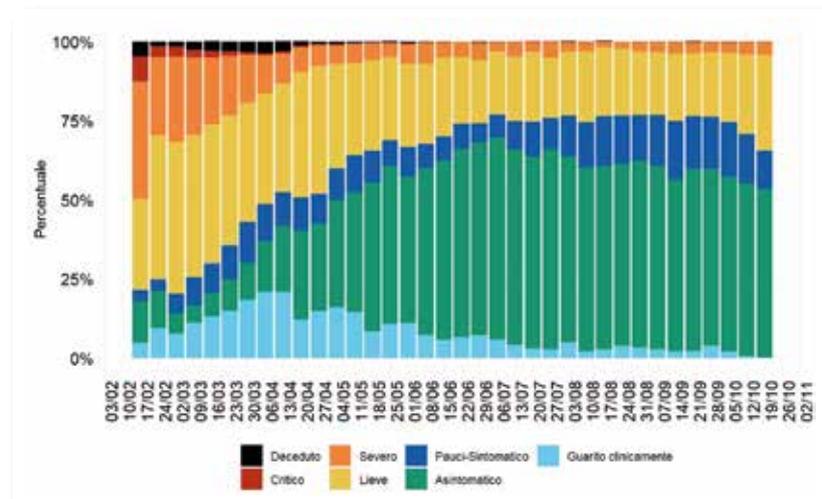


Figura 1. Percentuale di casi di COVID-19 diagnosticati in Italia per stato clinico al momento della diagnosi e settimana di diagnosi (5)

con residua discreta, ma prolungata astenia.

2. La malattia può poi progredire verso una seconda fase, spesso preceduta da uno o due giorni di apparente benessere, e caratterizzata dall'interessamento polmonare massivo con un quadro di polmonite interstiziale e dispnea poco avvertita dal paziente. Tale fase ha anch'essa durata di quattro-cinque giorni e richiede sorveglianza intensificata perché l'evoluzione verso il peggioramento può essere rapidissima; in poche ore il paziente diventa francamente dispnoico e ipossiemia grave. Dall'esperienza lombarda della prima fase pandemica sembra che il periodo di maggior criticità sia tra l'ottava e la decima giornata dall'esordio.
3. Come detto, in circa il 5% degli affetti si può instaurare un grave quadro di insufficienza respiratoria, determinata dai processi di iperinfiammazione, che necessita di ricovero in terapia intensiva. L'exitus avviene in genere per insufficienza respiratoria acuta (ARDS, Acute Respiratory Distress Syndrome) o coagulazione intravascolare disseminata (CID).

MODELLI CLINICI

All'interno di questa potenziale evoluzione trifasica sono stati definiti 5 modelli clinici della SARS-CoV2 (7)

- 1) Con febbre e sintomi respiratori lievi o assenti, senza ipossia e con eventuale radiografia negativa per interstiziopatia (ricordiamo che l'ecografia polmonare è più sensibile e specifica per le forme interstiziali rispetto alla radiografia standard). In genere questi pazienti sono seguiti a domicilio.
- 2) Con febbre e sintomi respiratori associati a ipossia, rilevata con Emogasanalisi oppure con lesioni evidenti all'Rx Torace/ Ecografia Polmonare/TAC Torace. Pazienti ricoverati e trattati con le varie terapie antivirali ed ev. ossigenoterapia a flusso basso. È prevedibile il loro successivo trasferimento al domicilio in stretta osservazione.
- 3) Con febbre, sintomi respiratori e franca ipossia associata ad addensamenti multipli alla radiografia/TAC. Pazienti gestiti in area

subintensiva con prevalente ossigenoterapia ad alti flussi.

- 4) Definito "pre-ARDS". Come sopra, ma con necessità di ventilazione assistita CPAP
- 5) ARDS conclamata. È la situazione più grave che necessita di ricovero in Reparti di Terapia Intensiva. Le comorbidità maggiormente associate ai casi più gravi sono: età (specie superiore a 70 anni), Scompenso Cardiaco, Diabete Mellito, Insufficienza Renale Cronica e Obesità. Le patologie polmonari (Asma e BPCO) non sembrano correlate ad aumento della gravità di malattia.

La malattia da COVID-19 presenta alcuni elementi particolari anche se non esclusivi:

- La dispnea a riposo poco avvertita specie dai giovani e dagli adulti ed evocabile solo con esercizi da sforzo (es. Walking test).
- L'infiammazione interstiziale con edema evidenziabile all'ecografia toracica e classificazione nei tipi "wet" (umido) e "dry" (secco) delle immagini ultrasoniche.
- Il coinvolgimento vascolare con quadri di micro-trombosi dei vasi polmonari, particolarmente evidente negli anziani probabilmente per la presenza di altre patologie (Malattie Cardiovascolari 30%, Ipertensione 30%, Diabete Mellito 20%, Malattie Respiratorie Croniche 8%, Patologie Oncologiche 6%) e la maggiore riduzione della mobilità in corso di malattia.
- La "tempesta" infiammatoria con l'attivazione dei molti processi di reazione, in particolar modo la cascata delle citochine, che giustifica l'impiego di farmaci antiinfiammatori, dal cortisone agli anticorpi monoclonali, anche se oggi, a distanza di 8-9 e mesi dall'inizio della pandemia, e quindi con una miglior conoscenza della malattia, sembrerebbero meno utili.

ASSISTENZA DOMICILIARE AL PAZIENTE COVID POSITIVO

a) Paziente asintomatico

1. Rammentare le misure igieniche da adottare e mantenere;
2. Redazione del diario personale di rilevazione della temperatura

e della sintomatologia eventualmente subentrante;

3. Indicazione degli elementi d'allarme da comunicare al curante.

b) Paziente sintomatico con sintomatologia lieve-media, senza altre comorbidità

1. Le tre istruzioni dell'asintomatico +...
2. Contatto quotidiano (telefonico o telematico) per registrazione della temperatura, valutazione della dispnea e saturazione d'ossigeno (Vedi in Appendice la Scheda di Monitoraggio. Va consigliato al paziente di dotarsi di un saturimetro, oggi facilmente reperibile nelle farmacie e nelle sanitarie);
3. Aumento dell'attenzione in 4^a o 5^a e 8^a-10^a giornata.

c) Paziente sintomatico fragile o con comorbidità:

1. Le tre istruzioni del punto b, più...
2. Rilevazione quotidiana del MEWS (Modified Early Warning Score, vedi Appendice) con intensificazione del monitoraggio per valori fino a 4 e ricovero se > 6, sempre con informazioni per i colleghi;
3. Monitoraggio della saturazione d'ossigeno (se il paziente non possiede una saturimetro si può supplire con il Test di Roth, vedi Appendice);
4. Aggiustamento della terapia ordinaria;
5. Modifica terapeutica dopo 3-4 giorni di sintomatologia (vedi Strategie Terapeutiche Farmacologiche su Base Empirica);
6. Esecuzione di accertamento diagnostico di laboratorio da eseguire orientativamente dopo 5 giorni dall'inizio dei sintomi (Emocromo, PCR, Ionemia, Creatininemia, ALT, LDH, D-dimero (8)) tramite le USCA, Unità Speciali di Continuità Assistenziale, o i Servizi Distrettuali Domiciliari;
7. Consulenza infettivologica/pneumologica per intensificazione o ossigenoterapia (vedi schemi di terapia empirica).

STRATEGIE TERAPEUTICHE FARMACOLOGICHE SU BASE EMPIRICA

a) Antipiretici

1. Paracetamolo: 500 mg fino a sei volte al dì; oppure, se il Paracetamolo risultasse inefficace e/o ci fosse intolleranza e/o ci fossero sintomi accessori, Ibuprofene 400 x 4 volte die, o 600 x 3;
2. Metamizolo 20 gtt tre volte al dì, in particolare se cefalea, con attenzione all'ipotensione

b) Antibatterici

se febbre superiore a 38°C in un paziente covid positivo oppure fortemente sospetto per covid, con sintomi e /o segni respiratori, usare anche precocemente uno dei seguenti farmaci (9-11):

1. Claritromicina 500 mg due volte al dì per 7 giorni almeno oppure Azitromicina 500 mg al dì per 3 giorni, più eventualmente altri 3 giorni, dopo pausa di 3 giorni. L'uso di questo macrolide è preferito in campo pediatrico.
2. Levofloxacina 750 (500+250)/die per 5-6 giorni.

Nel sospetto di sovrainfezioni batteriche (es. escreato purulento) considerare anche l'uso di Cefditoren 400 1 x 2 per 5 giorni oppure Amoxicillina+Acido Clavulanico (850+150 mg) x 3/die x 5 giorni. In alternativa alla via orale, Ceftriaxone fl 2 gr die in monodose per 5 giorni.

c) Corticosteroidi

Trovandoci nella situazione di cui al punto b, e persistendo la febbre e i sintomi/segni respiratori, può essere opportuno trattare il paziente anche con una piccola dose di cortisone, a fini antiedemigeni (12,13) Per esempio: Prednisone 25 mg/die x 5 gg, poi 12.5 mg/die per altri 5 giorni oppure Metilprednisolone (4 mg equivalgono a 5 di Prednisone).

d) Idrossiclorochina

L'idrossiclorochina ha inizialmente destato molto interesse per l'efficacia dimostrata nella cura della SARS1. Ad oggi la maggior parte degli studi non abilita il farmaco, anche se bisogna dire che in questi studi i pazienti venivano trattati in fase avanzata (14). Va ricordato che l'AlFa (Agenzia Italiana del Farmaco) non ha approvato l'uso di questo farmaco, nemmeno off label (15).

e) Ossigeno (con occhialini)

1-2 lt/min quando la saturazione di O₂ è < 90%, per arrivare ad una saturazione di 93-94%, altrimenti si può aumentare a 3 lt/min ed applicare la mascherina. L'ossigeno è disponibile nelle farmacie (su richiesta diretta del curante: una bombola di ossigeno gassoso di 3000 lt dura mediamente 2 giorni) e nei distretti (con compilazione diretta del modulo regionale apposito, fino a 60 giorni di terapia).

f) Anticoagulanti

Da somministrare come profilassi (es. Enoxaparina 4000 UI/die) solo in pazienti che presentino un quadro respiratorio e siano allettati o abbiano una bassa mobilità per obesità, malattie neurologiche o osteoarticolari, o una storia di pregresso tromboembolismo. Ricordiamo che il dosaggio, trattandosi di profilassi, è indipendente dal peso.

g) Integratori e vitamine

Da alcuni autori è ritenuta utile l'utilizzazione di Nutraceutici a base di Vitamina D (esempio: Colecalciferolo 25.000 U/settimana per 8 settimane), Zinco, Selenio, Magnesio, Resveratrolo e Curcuma naturale, che avrebbero l'effetto di potenziare il sistema immunitario e un effetto antivirale (16).

STRATEGIE TERAPEUTICHE NON FARMACOLOGICHE

1. Idratazione

Importante la verifica dello stato delle mucose e il consiglio ad assumere almeno due litri di liquidi al giorno. Particolare attenzione nell'anziano che ha ridotto il senso della sete e, per motivi opposti, cautela nei cardiopatici, nefropatici ed epatopatici.

2. Attività motoria

- a) Consigliare la deambulazione anche nella stanza (almeno 2000 passi al giorno).
- b) Suggestire esercizi statici (5BX e XBX Exercises) (17,18) nei non allettati, per mantenere la tonicità.

3. Posturologia

Pronazione o decubito laterale nei pazienti con saturazione O₂ < 94% o con tosse produttiva; tale postura favorisce il reclutamento alveolare e lo scambio gassoso.

APPENDICE

Il **MODIFIED EARLY WARNING (MEWS)** è uno strumento di rapida e semplice applicazione, che fornisce un utile ausilio nella decisione della corretta allocazione del paziente, in base all'intensità di monitoraggio e cure richiesti. La scheda MEWS, secondo le indicazioni dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani", è stata opportunamente adattata e modificata per supportare ed uniformare le decisioni cliniche nell'ambito della gestione dell'epidemia di COVID- 19.

Nella flow-chart della scala sono definiti i criteri di utilizzazione dello score MEWS per la appropriata definizione del livello di intensità di cura. Per una più completa definizione del paziente critico vengono altresì definiti una serie di parametri sentinella, che potranno costituire un ulteriore eventuale supporto alla decisione clinica. Il punteggio che si ottiene dalla scala va da un minimo di 0 ad un massimo di 14. Gli studi mostrano che un punteggio uguale o superiore a 5 identifi-

DATI FISILOGICI (indicare un solo valore per ogni fattore)							
Punteggio	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria (atti/minuto)		< 9		9-14	15-20	21-29	≥ 30
Frequenza cardiaca (battiti/minuto)		≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
Pressione sistolica (mmHg)	< 70	71-80	81-100	101-199		≥ 200	
Temperatura corporea (°C)		≤ 35 °C		35.1-38.4		≥ 38.4°C	
Sintomi neurologici				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde (GCS < 9)
PUNTEGGIO TOTALE _ _ Legenda MEWS: 0-2 paziente stabile, 3-4 instabile, ≥ 5 critico							

ca un paziente critico ed instabile, le cui condizioni possono velocemente evolvere verso un ricovero in terapia intensiva o addirittura alla morte.

Il MEWS è quindi uno strumento importante e validato per evidenziare tempestivamente un peggioramento delle condizioni cliniche.

TEST DI ROTH (descrizione semplificata) Il test di Roth si effettua chiedendo al paziente di fare un respiro profondo seguito dal conteggio ad alta voce da 1 a 30 nella sua lingua

madre, in un unico respiro, il più rapidamente possibile. Si cronometra il tempo in secondi a partire dal numero 1 fino al raggiungimento del numero più alto, che viene a sua volta registrato. Il test si ripete dopo che il soggetto abbia effettuato 3 respiri profondi. Il test di Roth include 2 misurazioni: (1) la durata del tempo trascorso per il conteggio da 1 a 30 in 1 respiro o fino a quando il paziente faccia un altro respiro; e (2) il numero più alto raggiunto in 1 respiro. Conteggi superiori a 11 e durata di conteggio superiore a

8 secondi indicano saturimetria nella norma. Con un numero massimo raggiunto <10 o un tempo di conteggio <7 secondi si identificano i pazienti con pulsossimetria in aria ambiente <95% (sensibilità del 91% e 83%, rispettivamente). Un numero massimo raggiunto <7 o tempo di conteggio <5 secondi identificano i pazienti con una pulsossimetria in aria ambiente <90% (sensibilità dell'87% e 82%, rispettivamente). Il test ha il vantaggio di misurare il variare della performance nello stesso individuo.

SCHEDA DI MONITORAGGIO

DATA	Temperatura Ore 8.00/18.00	Frequenza cardiaca Battiti/min	Frequenza respiratoria Respiri/min	Saturazione ossigeno	Pressione arteriosa Sist/Diast

Bibliografia

- R.T. Gandhi et alii: Mild or Moderate Covid-19. NEJM, October 29, 2020, 1757-1766
- P.S. Kim, S.W. Read and A.S. Fauci: Therapy for Early COVID-19. A Critical Need. JAMA, Published online November 11, 2020
- G. Federspil: Premessa. In D.L. Sackett et alii: La Medicina Basata sulle Evidenze. Pensiero Scientifico Editore, 1998
- 2020-04-17-LAVEZZO-CRISANTI-20053157v1.full-paper.pdf <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.17.20053157v1.full.pdf>
- https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_27-ottobre-2020.pdf
- <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- National Institutes of Health. COVID-19 Treatment Guidelines. Management of persons with COVID-19. Bethesda, MD NIH; 2020. <https://files.covid19treatmentguidelines.nih.gov/guidelines/covid19treatmentguidelines.pdf>
- F. Wang et alii: The timeline and risk factors of clinical progression of COVID in Shezen, China. J. Transl. Med. (2020) 18:270 <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02423-8>
- E. Concia, F. Gobbi e M. Lanzafame: Terapia Antinfettiva, Edizioni Libreria Cortina Verona, 2020
- O. Culic, V. Erakovic, MJ Parnaham: Anti-inflammatory Effects of Macrolide Antibiotics. Eur.J. Pharmacol. 2001 Oct 19; 429 (1.3): 209-29
- Goodman and Gilman: Le basi farmacologiche della terapia. Il Manuale. 2^a ed. Zanichelli, 2015
- AIFA: Corticosteroidi nella terapia dei pazienti adulti con COVID-19. Prima pubblicazione: 6 Ottobre 2020
- V. Spagnuolo et alii: Viral Clearance After Early Corticosteroid Treatment in Patients with Moderate or Severe Covid-19 <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-41021/v1>
- W.H. Self et alii: Effect of Hydroxicloroquine on Clinical Status at 14 Days in Hospitalized Patients with COVID-19. JAMA.doi:10.1001/jama.2020.22240
- AIFA: Idrossiclorochina nella terapia dei pazienti adulti con COVID-19. Update del 22 luglio 2020
- <https://youtu.be/E1O9zioxoU>
- 5BX http://fit450.com/HTML/5BX_chart2.html
- XBX <https://web.archive.org/web/20061209204431/http://www.adam.com.au/wedesign/xbx.zip>

GRUPPO DI LAVORO TERRITORIO/OSPEDALE/UNIVERSITA' SUL COVID-19

(promosso dal Centro Studi di Medicina Generale FIMMG Verona e Keiron As.Me.G. Veneto, con il patrocinio dell'OMCeO di Verona)

Anna Albiero¹, Claudio Andreoli^{2a}, Mario Baruchello^{2b}, Gianstefano Blengio³, Attilio Boner^{4a}, Vito Bossone^{2c}, FrancoBressan⁵, Mara Cabriolu^{2a}, Alessandro Calderan^{2d}, Francesco Cavasin^{2a}, Giampietro Chiamenti^{4b}, Ercole Concia⁶, Gianni Dal Cortivo^{2a}, Umberto De Conto^{2a}, Gabriele Di Cesare^{2a}, Guglielmo Frapporti^{2a}, Mariateresa Gallea^{2c}, Graziano Ghirelli^{2a}, Davide Gibellini⁷, Sandro Giroto², Gio Batta Gottardi², Stefano Ivis^{2c}, Alessandro Leso^{2a}, Alessandro Masotti^{2a}, Claudio Micheletto^{2b}, Gianluigi Passerini^{2f}, Giovanni Passerini^{2f}, Roberto Mora^{2a}, Giulio Rigon^{2a}, Carlo Rugiu³, Diego Sabbi^{2a}, Renzo Soave^{2a}, Claudio Sovran^{2a}, Giampietro Stefani^{2h}, Massimo Valsecchi³, Marco Visconti^{2a}, Sonia Zenari^{2a}.

- Medico, Unità Covid PS, Ospedale San Bonifacio (VR)
- MMG, a Verona, b Bassano, c Padova, d Venezia, e Treviso, f Sondrio, g Alessandria, h Vicenza, i Crema
- Epidemiologo, Verona
- Pediatra, a Università di Verona, b Pediatria LS Verona
- Statistico, Università di Verona
- Infettivologo, Università di Verona
- Virologo, Università di Verona
- Pneumologo, a Ospedale di Peschiera (VR), b Ospedale di Verona
- Nefrologo, Ospedale di Legnago (VR)

Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da Sars-Cov-2: le linee guida ministeriali

Premessa

L'infezione da SARS-CoV-2 è una condizione estremamente complessa per i meccanismi fisiopatogenetici connessi, per la molteplicità delle manifestazioni cliniche e per il ruolo giocato dalla risposta immunitaria dei soggetti.

Va, inoltre, ricordato che SARS-CoV-2 ha rappresentato, a tutti gli effetti, un patogeno sconosciuto alla comunità scientifica internazionale fino alla fine del mese di dicembre 2019 e la gestione clinica dei pazienti affetti da sintomi attribuibili al nuovo coronavirus (malati con COVID-19) è progressivamente evoluta nel tempo, riflettendo il progressivo accumularsi di informazioni relative al determinismo patogenetico della condizione morbosa, ai sintomi presentati dai pazienti e alle conoscenze che si sono andate via via accumulando nell'ambito dell'efficacia e delle tossicità correlate alle differenti terapie. In particolare, il trattamento si è articolato su approcci differenziati che sono andati a coinvolgere:

- farmaci a potenziale attività antivirale contro SARS-CoV-2;
- farmaci ad attività profilattica / terapeutica contro le manifestazioni trombotiche;
- farmaci in grado di modulare la risposta immunitaria;
- infusioni di plasma mirate a un trasferimento di anticorpi neutralizzanti il legame tra il nuovo coronavirus e il suo recettore espresso sulle cellule umane (ACE2).

Va anche opportunamente sottolineato che, ancora oggi, esistono larghi margini d'incertezza rispetto all'efficacia di alcuni degli approcci terapeutici sopramenzionati e l'uso delle diffe-

renti terapie piuttosto che l'assenza d'impiego delle stesse dipendono dalla severità delle manifestazioni cliniche presentate dai malati. Non casualmente, vi è forte raccomandazione che soprattutto i malati che presentano la sintomatologia più grave (pazienti ospedalizzati) vengano inclusi in clinical trials la cui conduzione è mirata a definire in maniera conclusiva il ruolo delle diverse opzioni di trattamento.

Formulate queste doverose premesse, il decorso clinico dell'infezione può essere riassumibile in tre fasi:

- una fase iniziale durante la quale SARS-CoV-2, dopo essersi legato ad ACE2 ed essere penetrato all'interno delle cellule dell'ospite, inizia la replicazione. Questa fase di solito si caratterizza clinicamente per la presenza di malessere generale, febbre e tosse secca. I casi in cui il sistema immunitario dell'ospite riesce a bloccare l'infezione in questo stadio (la maggior parte) hanno un decorso assolutamente benigno; la malattia può poi evolvere verso una seconda fase, caratterizzata da alterazioni morfofunzionali a livello polmonare causate sia dagli effetti citopatici del virus sia dalla risposta immunitaria dell'ospite. Tale fase si caratterizza per un quadro di polmonite interstiziale, molto spesso bilaterale, associata ad una sintomatologia respiratoria che nella fase precoce è generalmente limitata, ma che può, successivamente, sfociare verso una progressiva instabilità clinica con insufficienza respiratoria. Il fenomeno della cosiddetta "ipossiemia silente", caratterizzato da bassi valori di ossigenazione ematica in assenza di sensazione di dispnea soggettiva,

è caratteristico di questa fase di malattia;

- questo scenario, in un numero limitato di persone, può evolvere verso un quadro clinico ingravescente dominato dalla tempesta citochinica e dal conseguente stato iperinflammatorio, che determina conseguenze locali e sistemiche e rappresenta un fattore prognostico negativo producendo, a livello polmonare, quadri di vasculopatia arteriosa e venosa con trombizzazione dei piccoli vasi ed evoluzione verso lesioni polmonari gravi e, talvolta, permanenti (fibrosi polmonare). Le fasi finali di questo gravissimo quadro clinico portano ad una ARDS (*Acute Respiratory Distress Syndrome*) grave e in alcuni casi all'innescarsi di fenomeni di coagulazione intravascolare disseminata. In questa fase, si è osservata un'alterazione progressiva di alcuni parametri infiammatori quali PCR, ferritina, e citochine pro-infiammatorie (IL2, IL6, IL7, IL10, GSCF, IP10, MCP1, MIP1A e TNF α) e coagulativi quali aumentati livelli dei prodotti di degradazione della fibrina come il D-dimero, consumo di fattori della coagulazione, trombocitopenia.

Sulla base di queste tre fasi patogenetiche, i *National Institutes of Health* (NIH) statunitensi hanno formulato una classificazione, fondata anche su criteri radiologici con i limiti e le difficoltà legate alla realizzazione di queste indagini in una situazione pandemica, in cui si individuano 5 stadi clinici della malattia COVID-19, riassunti nella Tabella 1.

Le conoscenze maturate a oggi sull'infezione da SARS-CoV-2 e sul suo decorso evolutivo hanno per-

Stadio	Caratteristiche
Infezione asintomatica o presintomatica	Diagnosi di SARS-CoV-2 in completa assenza di sintomi
Malattia lieve	Presenza di sintomatologia lieve (es. febbre, tosse, alterazione dei gusti, malessere, cefalea, mialgie), ma in assenza di dispnea e alterazioni radiologiche
Malattia moderata	SpO ₂ ≥ 94% e evidenza clinica o radiologica di polmonite
Malattia severa	SpO ₂ < 94%, PaO ₂ /FiO ₂ < 300, frequenza respiratoria > 30 atti/min (nell'adulto), o infiltrati polmonari > 50%
Malattia critica	Insufficienza respiratoria, shock settico, e/o insufficienza multiorgano.

Tabella 1: stadi clinici della malattia COVID-19 in base alla classificazione NIH.

messo di porre le basi per una stratificazione dei pazienti in base al rischio di ospedalizzazione.

I dati di letteratura attualmente disponibili hanno evidenziato un'associazione significativa tra l'incidenza di forme clinicamente severe d'infezione da SARS-CoV2 e **l'età avanzata (soprattutto oltre i 70 anni d'età), il numero e la tipologia di patologie associate**, il sesso maschile e la latenza tra l'inizio dei sintomi e la prima valutazione medica.

I pazienti affetti da patologie quali ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale, insufficienza cardiaca, diabete mellito, insufficienza renale e malattia coronarica sono più a rischio di sviluppare manifestazioni severe dell'infezione da SARS-CoV-2. Questi pazienti, così come quelli affetti da patologie respiratorie croniche e da insufficienza renale cronica preesistente, hanno, inoltre, una prognosi più sfavorevole.

La *Cleveland Clinic* ha condotto uno studio con lo scopo di sviluppare un modello statistico che possa stimare il rischio di ospedalizzazione di un paziente affetto da SARS-CoV-2. Lo studio ha portato alla realizzazione di un algoritmo di calcolo (<https://riskcalc.org/COVID19Hospitalization/>) che, sulla base di dati anagrafici, clinici e anamnestici, permette di quantificare questo rischio. Pur con i limiti intrinsecamente legati agli schematismi tipici degli algoritmi e sottolineando la necessità d'integrare le informazioni presenti nell'algoritmo con le connessioni cliniche e socioassistenziali peculiari del paziente e non presenti nell'algoritmo, lo strumento può fornir

re utili indicazioni sul potenziale profilo di rischio del soggetto che ha sviluppato infezione da SARS-CoV-2.

Scenari di gestione domiciliare

Anche in occasione di questa seconda ondata pandemica, esiste la necessità di razionalizzare le risorse al fine di poter garantire la giusta assistenza a ogni singolo cittadino in maniera commisurata alla gravità del quadro clinico.

Una corretta gestione del caso fin dalla diagnosi consente di attuare un flusso che abbia il duplice scopo di mettere in sicurezza il paziente e di non affollare in maniera non giustificata gli ospedali e soprattutto le strutture di pronto soccorso.

I Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS), grazie alla presenza capillare nel territorio e alla conoscenza diretta della propria popolazione di assistiti, sia in termini sanitari che in termini sociali, devono giocare, in stretta collaborazione con il personale delle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) e con eventuali unità di assistenza presenti sul territorio, un ruolo cruciale nell'ambito della gestione assistenziale dei malati COVID-19 rispetto ai seguenti aspetti:

- identificazione dei soggetti a rischio di contagio da SARS-CoV-2;
- segnalazione ai dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali (ASL) / aziende territoriali sanitarie (ATS), dei casi sospetti nei quali è richiesta l'esecuzione di test diagnostico. La circolare del 3 novembre 2020 "Indirizzi operativi per l'effettuazione dei test antigenici rapidi da parte dei medici di

medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS)" dispone l'esecuzione di test diagnostici da parte del MMG o PLS per i propri assistiti. I MMG e PLS, utilizzando le funzionalità del Sistema Tessera Sanitaria, anche attraverso sistemi di interoperabilità, predispongono il referto elettronico relativo al tampone eseguito per ciascun assistito, con l'indicazione dei relativi esiti nonché, nel caso di esito positivo e in via opzionale, dei dati di contatto dell'assistito;

- identificazione delle condizioni abitative e familiari che possono rendere non applicabile l'isolamento domiciliare;
- monitoraggio e gestione domiciliare dei pazienti che non richiedono ospedalizzazione;
- istruzione dei pazienti sull'utilizzo di presidi di monitoraggio a domicilio;
- prescrizione di norme di comportamento e terapie di supporto;
- istituzione di un'alleanza terapeutica con il paziente e con il caregiver;
- identificazione precoce di parametri e/o condizioni cliniche a rischio di evoluzione della malattia con conseguente necessità di ospedalizzazione;
- realizzazione di test diagnostici rapidi per screening di contatto stretto di caso o per riammissione in comunità di contatto stretto di caso e asintomatico secondo le indicazioni della circolare n. 35324 del 30 ottobre 2020 "Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica";
- identificazione degli assistiti >70 anni e portatori di 3 o più patologie a rischio;

- identificazione degli assistiti portatori di patologia a rischio (ad esempio neoplasia, obesità morbigena, condizioni psichiatriche gravi).

Si ribadisce che, nella gestione di tutte le problematiche soprariportate per ridurre la pressione sulle strutture di pronto soccorso e poter mantenere negli ospedali tutte le attività ordinarie, è opportuno che il personale delle USCA operi in stretta collaborazione fornendo supporto ai MMG e PLS.

Rispetto alle attività sopramenzionate e al ruolo giocato dalle USCA, è opportuno richiamare il Decreto Legge del 9 Marzo 2020 numero 14/20, e più specificatamente l'articolo 8, comma 1, prevede che: "Al fine di consentire al Medico di medicina generale o al Pediatra di libera scelta o al Medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale e ordinaria, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano istituiscono, entro 10 giorni dall'entrata in vigore del presente decreto presso una sede di continuità assistenziale già esistente, un'unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero".

Per i pazienti con malattia lieve, è indicata la sorveglianza domiciliare da parte del MMG, coadiuvato da un membro della famiglia. Una valutazione del contesto sociale (condizioni domiciliari generali, presenza di caregiver) deve, pertanto, essere parte essenziale dell'iniziale valutazione. I pazienti e i membri della famiglia dovranno essere educati in merito all'igiene personale, alle misure di prevenzione e controllo delle infezioni, e a come correttamente approcciare una persona con infezione da SARS-CoV2 in modo da evitare la diffusione dell'infezione ai contatti. Il MMG o PLS deve anche rilevare la presenza di eventuali fattori che possano rendere il paziente più a rischio di deterioramento e, in particolare, è fondamentale considerare e documentare la presenza di comorbidità.

I pazienti a basso rischio sono definiti dall'assenza di fattori di rischio aumentato (ad esempio patologie neoplastiche o immunodepressione) e sulla base delle seguenti caratteristiche:

- **sintomatologia simil-influenzale (ad esempio rinite, tosse senza difficoltà respiratoria, mialgie, cefalea);**
- **assenza di dispnea e tachipnea (documentando ogni qualvolta possibile la presenza di una SpO₂ > 92%);**
- **febbre ≤38 °C o >38°C da meno di 72 ore;**
- **sintomi gastro-enterici (in assenza di disidratazione e/o plurime scariche diarroiche);**
- **astenia, ageusia / disgeusia / anosmia.**

Per rendere omogenea e confrontabile la valutazione iniziale del paziente è, quindi, importante utilizzare uno score che tenga conto della valutazione di diversi parametri vitali. Uno degli score utilizzabili, anche al fine di adottare un comune linguaggio a livello nazionale è il **Modified Early Warning Score** (MEWS, Tabella 2), il quale ha il pregio di quantificare la gravità del quadro clinico osservato e la sua evoluzione, pur dovendosi tenere in conto eventuali limiti legati, per esempio, alla valutazione dello stato di coscienza in soggetti con preesistente deterioramento neurologico. Il MEWS, in associazione al dato pulsossimetrico a riposo o sotto sforzo, può essere utilizzato oltre che nella valutazione iniziale anche durante il periodo di *follow-up*.

L'instabilità clinica è correlata all'alterazione dei parametri fisiologici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, livello di coscienza, saturazione di ossigeno) e permette di identificare il rischio di un rapido peggioramento clinico o di morte. Attraverso la scala MEWS, i pazienti vengono stratificati nei seguenti gruppi di rischio:

- rischio basso / stabile (score 0-2);
- rischio medio / instabile (score 3-4);
- rischio alto / critico (score 5).

La valutazione dei parametri al momento della diagnosi di infezione e il monitoraggio quotidiano, anche attraverso approccio telefonico, soprattutto nei pazienti sintomatici lievi è fondamentale poiché circa il 10-15% dei casi lievi progredisce verso forme severe.

Monitoraggio della saturazione dell'ossigeno a domicilio attraverso il pulsossimetro

L'utilizzo clinico del pulsossimetro è validato da decenni di uso diffuso nelle strutture ospedaliere.

In pazienti sani adulti, non fumatori, è considerata normale una saturazione superiore a 95%. Con l'aumentare dell'età, in particolare dopo i 70 anni, la capacità di saturazione ossiemoglobinica si può ridurre e presentare valori al di sotto di 94%, in particolare se concomitano patologie polmonari e/o cardiovascolari. I pazienti affetti da COVID-19 a maggior rischio di mortalità sono quelli che si presentano con livelli più bassi di ossigenazione ematica. La pulsossimetria domiciliare, eventualmente complementata da una valutazione sotto sforzo in casi selezionati (ad esempio con il "test della sedia" o con il "test del cammino", vedi sotto), fornisce un'informazione medica di cruciale importanza per identificare la cosiddetta "ipossimemia silente", cioè la condizione clinica caratterizzata da bassi livelli ematici di ossigeno in assenza di significativa sensazione soggettiva di dispnea e di rilevazione di segni di iniziale impegno respiratorio (tachipnea, alito delle pinne nasali, utilizzo di muscoli accessori per la respirazione, rientramenti al giugolo, rientramenti intercostali e sottocostali) tipica di COVID-19 e il conseguente rapido peggioramento clinico del paziente.

Per converso, valori normali della pulsossimetria forniscono un'informazione affidabile e quantitativa in grado di rendere più sicura la gestione domiciliare. L'utilizzo diffuso del pulsossimetro potrebbe ridurre gli accessi potenzialmente inappropriati ai servizi di pronto soccorso degli ospedali, identificando nel contempo prontamente i pazienti che necessitano di una rapida presa in carico da parte dei servizi sanitari. Rimandando a documenti specifici presenti nella bibliografia riportata al termine di questo documento, si sottolinea la relativamente facile realizzabilità del "test del cammino" (che si effettua facendo camminare l'assistito per un massimo di 6 minuti lungo un percorso senza interruzione di continuità di 30 metri monitorando la saturazione

Modified Early Warning Score

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Et  _____

	3	2	1	0	1	2	3	Valore
Frequenza Respiratoria		< 9		9 - 14	15 - 20	21 - 29	> 30	_____
Frequenza Cardiacca		< 40	41 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 129	> 130	_____
Pressione Arteriosa Sistolica	< 70	71 - 80	81 - 100	101 - 199		> 200		_____
Livello di Coscienza				Vigile	Risponde allo stimolo verbale	Risponde allo stimolo doloroso	Non risponde	_____
Temperatura corporea (°C)		< 35		35 - 38,4		> 38,5		_____
Comorbidit�	_____							Totale _____

Tabella 2: Modified Early Warning Score

dell'ossigeno) o del "test della sedia" (che consiste nell'utilizzo di una sedia senza braccioli, alta circa 45 cm, appoggiata alla parete: il paziente, senza l'aiuto delle mani e delle braccia, con le gambe aperte all'altezza dei fianchi, deve eseguire in un minuto il maggior numero di ripetizioni alzandosi e sedendosi con gambe piegate a 90 gradi, monitorando la saturazione dell'ossigeno e la frequenza cardiaca mediante un pulsossimetro) per documentare la presenza di desaturazione sotto sforzo.

Sulla base dell'analisi della letteratura scientifica disponibile ad oggi e sulla base delle caratteristiche tecniche dei saturimetri disponibili in commercio per uso extra-ospedaliero, si ritiene di considerare come valore soglia di sicurezza per un paziente COVID-19 domiciliato **il 92% di saturazione dell'ossigeno (SpO₂) in aria ambiente**. Infatti, valori di saturazione superiori a questo limite hanno una assai bassa probabilit  di associarsi a un quadro di polmonite interstiziale grave. Inoltre, il margine medio di accuratezza dei saturimetri commerciali   stimabile nell'ordine di $\pm 4\%$. L'insieme di queste considerazioni giustifica la raccomandazione dell'adozione della soglia del 92%, invece del valore del 94% riportato nella classificazione NIH. Nel contesto di valutazione del paziente, si valorizzeranno anche i parametri relativi ad alterazioni

marcate della frequenza respiratoria e cardiaca (vedi MEWS riportato sopra). Le caratteristiche minime richieste per un pulsossimetro da utilizzare in modo affidabile in ambiente extra-ospedaliero sono le seguenti:

- tipologia di dispositivo portatile, con peso e dimensioni contenute;
- adeguato grado di protezione da urti ed infiltrazione di fluidi (classe IPX);
- rilevazione e monitoraggio di frequenza cardiaca saturazione (SpO₂);
- idoneo per uso adulto e pediatrico;
- display integrato per la visualizzazione dei parametri rilevati, chiaramente distinguibili;
- funzionamento a batteria (preferibilmente ricaricabile) con elevata autonomia;
- auspicabili algoritmi specifici per una accurata rilevazione del segnale anche in condizioni difficili (ad esempio interferenze elettriche, movimento, luce, bassa perfusione);
- funzionamento senza materiale di consumo (sensori) dedicato;
- facilmente sanificabile e resistente agli urti;
- preferibile la predisposizione per interfacciamento con dispositivi esterni per trasferimento dati acquisiti tramite protocollo bluetooth o equivalente (utilizzo in protocolli di teleassistenza sulla base dei modelli organizzativi regionali e aziendali);

- marcatura CE come Dispositivo Medico ai sensi della normativa vigente, con classe di rischio non inferiore a IIA.

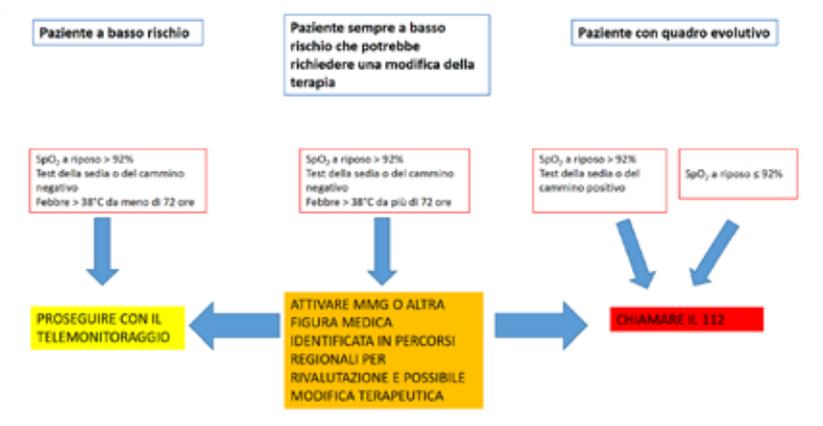
Il monitoraggio delle condizioni cliniche e della saturazione dell'ossigeno andr  proseguito nel soggetto infettato da SARS-CoV-2 per tutta la durata dell'isolamento domiciliare, in rapporto alle condizioni cliniche e all'organizzazione territoriale. Il paziente dovr  essere istruito sulla necessit  di comunicare una variazione dei parametri rispetto al *baseline* e, in particolare, **dovr  comunicare valori di saturazione di ossigeno inferiori al 92%**. Qualora venga esclusa la necessit  di ospedalizzazione, potr  essere attivata, con tutte le valutazioni prudenziali di fattibilit  del caso, la fornitura di ossigenoterapia domiciliare.

Nel caso di aggravamento delle condizioni cliniche, durante la fase di monitoraggio domiciliare, andr  eseguita una rapida e puntuale rivalutazione generale per verificare la necessit  di una ospedalizzazione o valutazione specialistica, onde evitare il rischio di ospedalizzazioni tardive.   largamente raccomandabile che, in presenza di adeguata fornitura di dispositivi di protezione individuale (mascherine, tute con cappuccio, guanti, calzari, visiera), i MMG e i PLS, anche integrati nelle USCA, possano garantire una diretta valutazione dell'assistito attraverso l'esecuzione di visite domiciliari.

Una rappresentazione schematica del monitoraggio del soggetto infettato da SARS-CoV-2 e della dinamica possibilit  di transizione da paziente a basso rischio a paziente con un quadro in evoluzione peggiorativa tale da richiedere o una modifica della terapia o un riferimento a strutture di pronto soccorso   delineato nello schema sotto-risportato.

Principi di gestione della terapia farmacologica

Le presenti raccomandazioni si riferiscono alla gestione farmacologica in ambito domiciliare dei casi lievi di COVID-19 e si applicano sia ai casi confermati, sia a quelli probabili, secondo la definizione WHO sotto riportata (7/08/2020):



- **caso confermato:** un caso con una conferma di laboratorio per infezione da SARS-CoV-2, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici;
- **caso probabile:** un caso che presenta criteri clinici compatibili con COVID-19 e abbia avuto un contatto probabile o confermato con un caso certo; un caso sospetto con *imaging* del torace suggestivo per COVID-19 (da realizzarsi al meglio in *hotspot* territoriali dedicati o già esistenti o da crearsi allo scopo ove inviare i pazienti per accertamenti radiologici ed esami di primo livello per evitare per quanto possibile il ricorso a strutture sanitarie di pronto soccorso); un caso con recente insorgenza di anosmia o ageusia non altrimenti spiegabile.

Per **caso lieve** si intende: presenza di sintomi come febbre (>37.5°C), malessere, tosse, faringodinia, congestione nasale, cefalea, mialgie, diarrea, anosmia, disgeusia, in assenza di dispnea, disidratazione, alterazione dello stato di coscienza. Occorre sottolineare che i soggetti anziani e quelli immunodepressi possono presentare sintomi atipici e quindi vanno valutati con particolare attenzione e cautela. Inoltre, come già ribadito, i soggetti ad alto rischio di progressione, necessitano di una valutazione specifica sulla base dei rispettivi fattori di rischio individuali.

In linea generale, per soggetti con queste caratteristiche cliniche non è indicata alcuna terapia al di fuori di una eventuale terapia sintomatica di supporto.

In particolare, nei soggetti a domicilio asintomatici o paucisintomatici, sulla base delle informazioni e dei dati attualmente disponibili, si forniscono le seguenti indicazioni di gestione clinica:

- **vigile attesa;**
- **misurazione periodica della saturazione dell'ossigeno tramite pulsossimetria;**
- **trattamenti sintomatici (ad esempio paracetamolo);**
- **appropriate idratazione e nutrizione;**
- **non modificare terapie croniche in atto per altre patologie (es. terapie antiipertensive, ipolipemizzanti, anticoagulanti o antiaggreganti), in quanto si rischierebbe di provocare aggravamenti di condizioni preesistenti;**
- **i soggetti in trattamento immunosoppressivo cronico in ragione di un precedente trapianto di organo solido piuttosto che per malattie a patogenesi immuno-mediata, potranno proseguire il trattamento farmacologico in corso a meno di diversa indicazione da parte dello specialista curante;**
- **non utilizzare routinariamente corticosteroidi;**
- **l'uso dei corticosteroidi è raccomandato nei soggetti con malattia COVID-19 grave che necessitano di supplementazione di ossigeno. L'impiego di tali farmaci a domicilio può essere considerato solo in quei pazienti il cui quadro clinico non migliora entro le 72 ore, in presenza di un peggioramento dei parametri pulsossimetrici che richieda l'ossigenoterapia;**

- **non utilizzare eparina. L'uso di tale farmaco è indicato solo nei soggetti immobilizzati per l'infezione in atto;**
- **non utilizzare antibiotici. Il loro eventuale uso è da riservare solo in presenza di sintomatologia febbrile persistente per oltre 72 ore o ogni qualvolta in cui il quadro clinico ponga il fondato sospetto di una sovrapposizione batterica, o, infine, quando l'infezione batterica è dimostrata da un esame microbiologico;**
- **non utilizzare idrossiclorochina la cui efficacia non è stata confermata in nessuno degli studi clinici controllati fino ad ora condotti;**
- **non somministrare farmaci mediante aerosol se in isolamento con altri conviventi per il rischio di diffusione del virus nell'ambiente.**

Non esistono, ad oggi, evidenze solide e incontrovertibili (ovvero derivanti da studi clinici controllati) di efficacia di **supplementi vitaminici e integratori alimentari** (ad esempio vitamine, inclusa vitamina D, latteferina, quercitina), il cui utilizzo per questa indicazione non è, quindi, raccomandato. Per una più completa valutazione delle diverse categorie di farmaci da utilizzare nelle diverse fasi della malattia in relazione alle prove di efficacia disponibili, si fornisce di seguito una panoramica generale delle linee di indirizzo AIFA sulle principali categorie di farmaci.

Le raccomandazioni fornite riflettono la letteratura e le indicazioni esistenti. Si basano anche sulle Schede Informativa AIFA che sono aggiornate in relazione alla rapida evoluzione delle evidenze scientifiche (<https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaci-utilizzabili-per-il-trattamento-della-malattiacovid19>).



RACCOMANDAZIONI E DECISIONI AIFA SUI FARMACI COVID-19	
FARMACI SINTOMATICI	
Terapia sintomatica	Paracetamolo o FANS possono essere utilizzati in caso di febbre o dolori articolari o muscolari (a meno che non esista chiara controindicazione all'uso). Altri farmaci sintomatici potranno essere utilizzati su giudizio clinico.
FARMACI CHE POSSONO ESSERE UTILIZZATI SOLO IN SPECIFICHE FASI DELLA MALATTIA	
Corticosteroidi Scheda Informativa AIFA: https://www.aifa.gov.it/	<p>L'uso dei corticosteroidi è raccomandato nei soggetti ospedalizzati con malattia COVID-19 grave che necessitano di supplementazione di ossigeno.</p> <p>Tale raccomandazione si basa sul fatto che attualmente esistono evidenze di un benefico clinico di tali farmaci solo in questo <i>setting</i> di pazienti/fase di malattia. Si sottolinea, inoltre, che nella fase iniziale della malattia (nella quale prevalgono i fenomeni connessi alla replicazione virale) l'utilizzo del cortisone potrebbe avere un impatto negativo sulla risposta immunitaria sviluppata. L'uso dei corticosteroidi a domicilio può essere considerato in quei pazienti il cui quadro clinico non migliora entro le 72 ore, se in presenza di un peggioramento dei parametri pulsossimetrici che richieda l'ossigenoterapia. <i>Lo studio che ha dimostrato la riduzione di mortalità con basse dosi di corticosteroidi ha utilizzato il desametasone al dosaggio di 6 mg per un massimo di 10 giorni.</i> Eventuali altri corticosteroidi dovrebbero essere utilizzati a dosaggi equivalenti quali: metilprednisolone 32 mg, prednisone: 40 mg, e idrocortisone: 160 mg.</p> <p>È importante, infine, ricordare che in molti soggetti con malattie croniche l'utilizzo del cortisone può determinare importanti eventi avversi che rischiano di complicare il decorso della malattia virale. Valga come esempio a tutti noto, quello dei soggetti diabetici in cui sia la presenza di un'infezione, sia l'uso del cortisone possono gravemente destabilizzare il controllo glicemico.</p>
Eparine Scheda Informativa AIFA: https://www.aifa.gov.it	<p>L'uso delle eparine nella profilassi degli eventi trombo-embolici nel paziente medico con infezione respiratoria acuta e ridotta mobilità è raccomandato dalle principali linee guida e deve continuare per l'intero periodo dell'immobilità.</p> <p>L'utilizzo routinario delle eparine non è raccomandato nei soggetti non ospedalizzati e non allettati a causa dell'episodio infettivo, in quanto non esistono evidenze di un benefico clinico in questo <i>setting</i> di pazienti / fase di malattia. Nel caso di soggetto allettato possono essere usati i dosaggi profilattici dei vari composti eparinici.</p> <p>È importante ricordare che l'infezione da SARS-CoV-2 non rappresenta una controindicazione a continuare la terapia anticoagulante orale (con AVK o NAO) o la terapia antiaggregante anche doppia già in corso.</p>
FARMACI NON RACCOMANDATI PER IL TRATTAMENTO DEL COVID-19	
Antibiotici Scheda AIFA Informativa (relativa ad azitromicina): https://www.aifa.gov.it	<p>L'utilizzo routinario di antibiotici non è raccomandato nelle prime 72 ore.</p> <p>Come regola generale, si ricorda che l'utilizzo routinario di antibiotici non è mai raccomandato per trattare le infezioni virali. In corso di un'infezione virale, l'uso degli antibiotici può essere considerato solo quando la persistenza della sintomatologia è superiore alle 48-72 ore e il quadro clinico fa sospettare la presenza di una sovrapposizione batterica o quando l'infezione batterica è dimostrata da un esame colturale. La mancanza di un solido razionale e l'assenza di prove di efficacia nel trattamento di pazienti con la sola infezione virale da SARS-CoV-2 non consentono di raccomandare l'utilizzo degli antibiotici, da soli o associati ad altri farmaci con particolare riferimento all'idrossiclorochina. Un ingiustificato utilizzo degli antibiotici può inoltre determinare l'insorgenza e il propagarsi di resistenze batteriche che potrebbero compromettere la risposta a terapie antibiotiche future.</p>

<p>Idrossiclorochina</p> <p>Scheda Informativa AIFA: https://www.aifa.gov.it</p>	<p>L'utilizzo di cloroquina o idrossiclorochina non è raccomandato né allo scopo di prevenire né allo scopo di curare l'infezione. Numerosi studi clinici randomizzati ad oggi pubblicati concludono per un'inefficacia del farmaco a fronte di un aumento degli eventi avversi legati all'uso del farmaco, seppur non gravi. Ciò rende negativo il rapporto fra i benefici e i rischi dell'uso di questo farmaco.</p>
<p>Lopinavir / ritonavir Darunavir / ritonavir o cobicistat</p> <p>Scheda Informativa AIFA: https://www.aifa.gov.it</p>	<p>L'utilizzo di lopinavir / ritonavir o darunavir / ritonavir o cobicistat non è raccomandato né allo scopo di prevenire né allo scopo di curare l'infezione. Gli studi clinici randomizzati ad oggi pubblicati concludono tutti per un'inefficacia di questi approcci farmacologici.</p>

Le raccomandazioni fornite riflettono la letteratura e le indicazioni esistenti e verranno aggiornate in relazione alla rapida evoluzione delle evidenze scientifiche. Per un maggiore dettaglio sulle singole schede è possibile consultare il sito istituzionale dell'AIFA al seguente link:
<https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaci-utilizzabili-per-iltrattamento-della-malattia-covid19>. Dalle linee di indirizzo fornite è esclusa l'ossigenoterapia che rappresenta un presidio terapeutico essenziale in presenza di insufficienza respiratoria e per il cui corretto utilizzo si rimanda alle raccomandazioni specifiche. In aggiunta a tali raccomandazioni occorre precisare che i soggetti in trattamento cronico (ad esempio con antipertensivi, ACE-inibitori o statine) è raccomandato che proseguano il loro trattamento fino a differenti disposizioni del proprio medico. I soggetti in trattamento immunosoppressivo cronico in ragione di un precedente trapianto di organo solido piuttosto che per malattie a patogenesi immunomediata, potranno proseguire il trattamento farmacologico in corso a meno di diversa indicazione da parte dello specialista curante.

Bibliografia essenziale

1. National Institutes of Health. COVID-19 Treatment Guidelines. Management of persons with COVID-19. Bethesda, MD NIH; 2020. <https://files.covid19treatmentguidelines.nih.gov/guidelines/covid19treatmentguidelines.pdf>
2. Zhou F, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult in patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395:1054-1062.
3. Chen T, et al. Clinical characteristics and outcomes of older patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan, China (2019): a single-centered, retrospective study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2020 Apr 11: glaa089.
4. Jutzeler CR, et al. Comorbidities, clinical signs and symptoms, laboratory findings, imaging features, treatment strategies, and outcomes in adult and pediatric patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Med Infect Dis*. 2020 Aug 4:101825.
5. <https://riskcalc.org/COVID19Hospitalization/>
6. World Health Organization (WHO). Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts Interim guidance. 2020 [updated 12 August 2020].
7. Huang CC, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan. *Lancet* 2020; 395:497-506.
8. Richardson S, et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. *JAMA* 2020; 323: 2052-2059.
9. Luks AM, et al. Pulse oximetry for monitoring patients with COVID-19 at home. Potential pitfalls and practical guidance. *Ann Am Thorac Soc*. 2020; 17: 1040-1046.
10. National Health Service UK. Pulse oximetry to detect early deterioration of patients with COVID-19 in primary and community care settings. Publications approval reference: 001559 (11 June 2020, updated 7 October 2020).
11. Bohannon RW et al. 1-Minute Sit-to-Stand Test: systematic review of procedures, performance, and clinimetric properties. *J Cardiopulm Rehab Prevent*. 2019; 39: 2-8.
12. O'Driscoll BR, et al. British Thoracic Society Emergency Oxygen Guideline Group; BTS Emergency Oxygen Guideline Development Group. BTS guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. *Thorax* 2017; 72: ii1-ii90.
13. Binata K, et al. Emergency oxygen therapy: from guideline to implementation. *Breath* 2013; 9: 246-254.
14. Crook S, et al. A multicentre validation of the 1-min sit-to-stand test in patients with COPD. *Eur. Respir. J*. 2017; 49: 1601871.
15. Mehmet H, et I. What is the optimal chair stand test protocol for older adults? A systematic review. *Disabil Rehabil*. 2020; 42: 2828-283.

I vaccini e covid 19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione

(estratto dal parere del CNB)

Il **Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB)** è un organo istituito con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri nel 1990, che svolge funzione di consulenza per il Governo, il Parlamento e altre istituzioni pubbliche e funzione di informazione nei confronti dell'opinione pubblica, sui problemi etici emergenti con il progredire delle ricerche e delle applicazioni tecnologiche nell'ambito delle scienze della vita e della cura della salute.

In data 27 novembre 2020 il CNB ha pubblicato il parere: **“I vaccini e covid 19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione”** ⁽¹⁾, che tratta temi, che specialmente in questo momento, sono di interesse fondamentale per i professionisti sanitari e per i cittadini.

Rispetto al tema **vaccini e covid 19**, il documento approfondisce le problematiche etiche relative ai seguenti aspetti specifici: **la ricerca, i costi, la distribuzione, l'obbligatorietà, la informazione** e si conclude con una serie di **raccomandazioni**.

Rinviamo alla lettura del documento integrale per l'approfondimento degli aspetti specifici, per un'informazione generale sulle problematiche trattate **si riportano di seguito le raccomandazioni finali del parere del CNB:**

RACCOMANDAZIONI

Il Comitato raccomanda

In generale:

- che le **vaccinazioni vengano considerate nella società tra le misure preventive più efficaci**, con un rapporto rischi/benefici particolarmente positivo, **riconoscendo loro un valore non solo sanitario, ma anche etico intrinseco** di particolare rilevanza.

Sulla ricerca:

- che le **sperimentazioni**, nonostante la pressione verso un'accelerazione, **rispettino i consueti criteri scientifici, etici e giuridici, per garantire qualità, sicurezza ed efficacia**, nel rispetto del **bilanciamento tra benefici attesi e potenziali rischi** sia con riferimento all'individuo che alla società
- che sia **promossa una condivisione dei risultati** della ricerca e delle conoscenze scientifiche, nell'ottica di una **collaborazione internazionale** del nostro Paese, **con uno specifico impegno di contribuire ad aiutare i Paesi a basso reddito**
- che si **continui la ricerca diretta a confrontare i vaccini approvati e a stabilire un rapporto comparativo benefici-rischi**.

Sulla produzione e costi:

- che le regole di produzione consentano che il **risultato della ricerca sia messo a disposizione di tutti i Paesi del mondo**
- che il **vaccino venga considerato un 'bene comune'** e che la politica si assuma il compito di attuare **interventi di controllo della produzione e della distribuzione del**

vaccino, in base ai principi etici e costituzionali di uguaglianza, equità, giustizia, responsabilità e solidarietà

- che il **Governo segua gli sviluppi dei vaccini più promettenti** e realizzi tempestivamente **approcci negoziali in diverse sedi** con i Governi dei Paesi interessati, per il **raggiungimento di un patto che contemporaneamente permetta la realizzazione e la produzione dei vaccini e ne garantisca la distribuzione ai cittadini a condizioni eque**
- che sia **evidenziata la responsabilità sociale delle aziende farmaceutiche e l'obbligo di mettere a disposizione rapidamente i dati e i risultati delle sperimentazioni sui vaccini** perché solo conoscendoli in modo chiaro ed esauriente si possono formulare strategie e priorità.

Sulla distribuzione:

- che venga **pianificata in anticipo la realizzazione del programma di vaccinazione** per non trovarsi di fronte a carenze strutturali e organizzative, in particolare evitando che le dosi disponibili di vaccino rimangano in stoccaggio per non aver anticipatamente predisposto le misure necessarie a **garantire una rapida distribuzione, ed individuando con chiarezza le professionalità necessarie ad eseguire le vaccinazioni**
- che, soprattutto in presenza di risorse limitate, **la distribuzione dei vaccini rispetti i principi etici e costituzionali di uguaglianza ed**

(1) Riferimenti:
<http://bioetica.governo.it/italiano/documenti/pareri-e-risposte/i-vaccini-e-covid-19-aspetti-etici-per-la-ricerca-il-coste-e-la-distribuzione/>

equità, bilanciando i rischi diretti e indiretti, con specifica attenzione ad evitare un impatto negativo per chi è più vulnerabile sul piano bio-psico-sociale, e risponda a criteri trasparenti, motivati e ragionevoli

- che **a tale fine sia promossa una discussione che coinvolga competenze multidisciplinari** (medici, sociologi, bioeticisti, giuristi, rappresentanti di pazienti, ecc.) sulla situazione concreta al momento della disponibilità dei vaccini (le necessità delle singole Regioni, la dinamica epidemiologica e la sua incidenza sulle diverse fasce della popolazione, la qualità e la quantità di vaccino disponibile, la cura delle modalità di conservazione e distribuzione dei vaccini) e che si elaborino **linee guida interdisciplinari e dinamiche basate su un'accurata valutazione scientifica che tenga conto, in ogni momento, della riflessione etica.**

Sulla obbligatorietà:

- che **sia rispettato il principio che nessuno dovrebbe subire un trattamento sanitario contro la sua volontà** preferendo l'adesione spontanea rispetto all'imposizione autoritativa, ove il diffondersi del senso di responsabilità individuale

e le condizioni complessive della diffusione della pandemia lo consentano

- che, **nell'eventualità che perduri la gravità della situazione sanitaria e l'insostenibilità a lungo termine delle limitazioni alle attività sociali ed economiche, non vada esclusa l'obbligatorietà dei vaccini soprattutto per gruppi professionali che sono a rischio di infezione e trasmissione di virus;** tale obbligo dovrà essere revocato qualora non sussista più un pericolo significativo per la collettività.

Sulla informazione:

- che **sia promossa una campagna di informazione adeguata, accurata, trasparente e coerente ai cittadini**, per una corretta comprensione del **significato individuale e sociale delle vaccinazioni**, specificando i rischi e i benefici, **al fine di incrementare una adesione e partecipazione spontanea e di costruire un clima di fiducia verso le istituzioni sanitarie e politiche**
- che si **spieghino con chiarezza ai cittadini i benefici e gli eventuali limiti della vaccinazione**, sottolineando che i **vaccini non sostituiscono**

la prevenzione mediante altre misure atte a garantire il contenimento della diffusione e protezione dal virus

- che **siano presi in considerazione il rifiuto e l'esitazione vaccinale**, e sia pianificata una **specifica informazione diretta a fornire risposte alle preoccupazioni espresse dai cittadini e un monitoraggio della falsa informazione e disinformazione;**
- che **sia previsto un attento monitoraggio dell'applicazione dei vaccini**, tenendo conto in particolare che alcuni vaccini a RNA o DNA rappresentano una nuova modalità nella metodologia vaccinale; il monitoraggio va programmato a lungo termine e va **assicurata un'adeguata copertura per compensazioni di eventuali eventi avversi.**

Infine il Comitato raccomanda:

- che lo Stato adotti, al contempo, tutte le altre politiche economiche e sociali necessarie a contrastare la pandemia nel suo complesso.

RIDUZIONE A CURA DI
GIOVANNI BONADONNA
MEDICO E BIOETICISTA

RICORDATE...!

È fatto obbligo a tutti gli Iscritti:

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

Prestanomismo

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

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

Divieto di prescrizione ed esecuzione di preparazioni magistrali contenenti Pseudoefedrina

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 200 del 11-8-2020 è stato pubblicato il decreto 28/07/2020 che, a tutela della salute pubblica dispone l'immediato divieto di prescrizione e di allestimento di medicinali galenici e preparazioni magistrali contenenti la

sostanza pseudoefedrina, a scopo dimagrante, in quanto ritenuto pericoloso per la salute pubblica.

L'art. 1 prevede che: **“1. È fatto divieto ai medici di prescrivere e ai farmacisti di eseguire preparazioni magistrali, nell'obesità o a**

scopo dimagrante, contenenti il principio attivo della pseudoefedrina. Il presente decreto è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana ed entra in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione.”

D.M. 104 - 2020 Misure per il rilancio dell'economia

Sulla Gazzetta Ufficiale n.203 del 14-08-2020 - Suppl. Ordinario n. 30 - è stato pubblicato il decreto 104/2020 si riportano le disposizioni riferite al capitolo salute, così come illustrate nel Dossier dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati.

Articolo 29, commi 1-4 - Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa - L'articolo 29 reca disposizioni transitorie, fino al 31 dicembre 2020, intese alla riduzione delle liste di attesa relative alle prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero, non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica da COVID-19. Il comma 1 specifica l'ambito e le finalità del presente articolo. I commi 2 e 3 prevedono la possibilità di ricorso, da parte delle regioni e delle province autonome - nell'ambito della loro autonomia organizzativa

(come specifica il successivo comma 4) -, con modalità straordinarie alle prestazioni aggiuntive da parte del personale, alla stipulazione di nuovi contratti di lavoro e all'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna. Tali possibilità vengono ammesse nei limiti di specifici importi, relativi alla singola regione o provincia autonoma, fermi restando i vincoli finanziari di cui al comma 4 e le condizioni per l'accesso ai medesimi stanziamenti poste dal comma 9.

Articolo 29, commi 5-7 - Attività assistenziali dei medici specializzandi - I commi da 5 a 7 dell'articolo 29 definiscono l'ambito delle attività assistenziali che possono essere svolte dai medici specializzandi fino al 31 dicembre 2020, al fine di recuperare i tempi di attesa in base alle norme vigenti nel periodo di emergenza epidemiologica in corso.

Le norme in esame stabiliscono che, ferma restando il ruolo del tutor quale supervisore del periodo di tirocinio del medico specializzando, per il periodo dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2020, gli specializzandi iscritti all'ultimo anno del corso di formazione medica specialistica o al penultimo anno del relativo corso (se di durata quinquennale), nell'ambito delle attività assistenziali che sono chiamati ad espletare presso le aziende ed enti del servizio sanitario nazionale, possono stilare in autonomia esclusivamente i referti per prestazioni di controllo ambulatoriale con riferimento alle visite, agli esami e alle prestazioni specialistiche, mentre la refertazione delle prime visite, degli esami e delle prestazioni specialistiche è invece riservata ai medici specialisti (comma 5). Si sottolinea che l'attribuzione dei compiti

allo specializzando deve tenere comunque conto del livello di competenze e di autonomia raggiunto dallo stesso, in considerazione del grado di complessità delle refertazioni. Si precisa che il possesso della specializzazione è comunque richiesto per le refertazioni relative a specifiche branche specialistiche individuate nell'anestesia, rianimazione e terapia intensiva e del dolore, e nella medicina nucleare, radiodiagnostica e radioterapia (comma 6). L'attività che viene svolta dal medico in formazione specialistica, anche al fine di qualificare ulteriormente il percorso clinico-assistenziale svolto dallo specializzando, è registrata nel libretto-diario personale delle attività formative, e costituisce elemento di valutazione per il curriculum professionale ai fini dell'accesso al Servizio sanitario nazionale (comma 7).

Articolo 29, comma 8 - Incremento del fabbisogno sanitario - Il comma 8 dell'articolo 29 dispone l'incremento, per il 2020, del fabbisogno sanitario per complessivi 478.218.772

euro finalizzati a sostenere gli oneri di cui ai precedenti commi 2 e 3 riguardanti il ricorso in maniera flessibile da parte di regioni e province autonome a strumenti straordinari riguardanti prestazioni aggiuntive in ambito sanitario, rispettivamente, per il recupero dei ricoveri ospedalieri e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening, limitatamente al periodo dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2020.

Articolo 29, comma 9 - Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa - Il comma 9 prevede che per l'accesso alle risorse di cui al comma 8, le regioni e le province autonome provvedono, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento, a presentare, al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze, un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa. Tale Piano Operativo deve essere recepito nell'ambito del programma operativo per la gestione dell'emergenza da

COVID-19 previsto dall'articolo 18 del decreto-legge Cura Italia.

Articolo 30 - Incentivi per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale - L'articolo 30 modifica le disposizioni che consentono alle regioni e province autonome di elevare - con l'utilizzo di proprie risorse, disponibili a legislazione vigente - gli stanziamenti statali aggiuntivi destinati per il 2020 ad incentivi per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale (stanziamenti da destinare prioritariamente al personale direttamente impiegato nelle attività di contrasto all'emergenza epidemiologica determinata dal diffondersi del COVID-19). La novella chiarisce che l'incremento, da parte della regione o provincia autonoma, è ammesso in una misura massima pari al doppio di un determinato stanziamento statale attribuito al medesimo ente (per il 2020) in favore degli incentivi per il personale in esame - resta ferma la condizione che sia salvaguardato l'equilibrio economico del sistema sanitario dell'ente.

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.

Misure di interesse sanitario nella legge 124 del 25/09/2020

Articolo 2-bis, commi 1 e 5, del D.L. 18/2020 (L. 27/2020) - Misure straordinarie per l'assunzione degli specializzandi e per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo a personale sanitario - Le norme concernono sia il conferimento, da parte degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, di incarichi di lavoro autonomo ad iscritti agli albi delle professioni sanitarie ed agli operatori socio-sanitari (comma 1, lettera a), e commi da 2 a 4) ovvero a personale medico, veterinario, sanitario e socio-sanitario collocato in quiescenza (comma 5) sia (al comma 1, lettera b)) una deroga alla disciplina transitoria relativa all'assunzione di professionisti sanitari in formazione specialistica con contratti di lavoro dipendente a tempo determinato e parziale; la deroga consente tali assunzioni anche in assenza dell'accordo quadro nazionale ivi previsto.

In particolare, il comma 1, lettera a), ed i commi da 2 a 4 dell'articolo 2-bis consentono il conferimento, da parte degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, di incarichi di lavoro autonomo - anche di collaborazione coordinata e continuativa - a soggetti iscritti agli albi delle professioni sanitarie, nonché agli operatori socio-sanitari. Gli incarichi in oggetto sono di durata non superiore a sei mesi, prorogabili, nell'ambito dell'anno 2020, in ragione dell'eventuale perdurare dello stato di emergenza - si ricorda che la delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020 ha prorogato lo stato di emergenza fino al 15 ottobre 2020, termine che coincide con le misure di proroga di cui al presente decreto legge.

Il conferimento può riguardare i soggetti iscritti agli albi professionali degli Ordini: dei medici-chirurghi e degli odontoiatri, dei veterinari; dei farmacisti; dei biologi; dei

fisici e dei chimici; delle professioni infermieristiche; della professione di ostetrica; dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione; degli psicologi. In tale ambito, il comma 3 concerne specificamente i medici e la lettera a) del comma 1 reca disposizioni particolari per i medici in formazione specialistica, mentre i commi 2 e 4 stabiliscono disposizioni comuni. In particolare, il comma 3 specifica che gli incarichi possono essere conferiti anche ai laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti agli ordini professionali. Riguardo ai medici in formazione specialistica, il comma 1, lettera a), fa riferimento, per gli incarichi in oggetto, a quelli iscritti all'ultimo o penultimo anno dei relativi corsi di specializzazione. Il comma 1, lettera a), specifica altresì che: i medici in formazione specialistica restano iscritti alla scuola di specializzazione universitaria e continuano a percepire il trattamento economico previsto dal contratto di formazione medicospecialistica, integrato dagli emolumenti corrisposti per l'attività lavorativa svolta; il periodo di attività, svolto dai suddetti medici durante lo stato di emergenza in oggetto, è riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione; le università, ferma restando la durata legale del corso, assicurano il recupero delle attività formative, teoriche ed assistenziali necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti.

Il comma 2 prevede, in primo luogo, che i contratti di lavoro autonomo stipulati in assenza dei presupposti di cui al comma 1 siano nulli di diritto. In secondo luogo, il comma 2 dispone

che le attività di lavoro prestate (durante lo stato di emergenza) ai sensi del presente articolo siano computate ai fini del requisito di anzianità posto dalla disciplina transitoria - relativa a possibili procedure concorsuali riservate per l'accesso all'impiego in pubbliche amministrazioni - di cui all'articolo 20, commi 2, 11 e 11-bis, del D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75, e successive modificazioni. Il comma 4 fa salvi gli incarichi di cui al comma 1, lettera a), già conferiti, per le medesime finalità, dagli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale fino al 10 marzo 2020 (data di entrata in vigore del citato D.L. n. 14), fermi restando il limite massimo di durata stabilito dalla suddetta lettera a) e le previsioni di cui al comma 2.

Il comma 5 consente, in via transitoria, il ricorso alla stipulazione, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, di contratti di lavoro autonomo (anche di collaborazione coordinata e continuativa) con personale medico, veterinario, sanitario e socio-sanitario collocato in quiescenza (la possibilità è ammessa anche qualora il soggetto non sia iscritto, in conseguenza del collocamento a riposo, al relativo albo professionale); più in particolare, la norma individua le categorie interessate nei dirigenti medici, veterinari, sanitari e nel personale del ruolo sanitario del comparto sanità collocati in quiescenza, nonché negli operatori sociosanitari collocati in quiescenza. La fattispecie di cui al comma 5 è stabilita in deroga alle norme che, per le pubbliche amministrazioni, limitano le possibilità sia di ricorso a tale tipo di contratti sia di conferimento di incarichi a soggetti già titolari di un trattamento di quiescenza. Gli incarichi di lavoro autonomo oggetto delle deroghe in esame non possono avere una durata superiore a sei mesi.

Il comma 5 fa anche riferimento al limite temporale costituito dal termine dello stato di emergenza - come accennato, il termine dello stato di emergenza, in base alla delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020, è stato prorogato al 15 ottobre 2020, termine che coincide con le misure di proroga di cui al presente decreto-legge.

Le deroghe sono poste al fine di far fronte alle esigenze straordinarie e urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19 e di garantire i livelli essenziali di assistenza e sono ammesse previa verifica dell'impossibilità di assumere personale, anche facendo ricorso agli idonei in graduatorie in vigore.

Gli incarichi di cui al presente comma 5 possono essere conferiti, se necessario, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa per il personale, nei limiti delle risorse indicate per ciascuna regione (o provincia autonoma) e per varie finalità dal decreto direttoriale 10 marzo 2020 e dalle colonne 3 e 5 della tabella di cui all'allegato C del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla L. 17 luglio 2020, n. 77. Per i compensi relativi ai suddetti incarichi, non si applicano le limitazioni per il cumulo tra reddito da lavoro e trattamento pensionistico liquidato in base alla cosiddetta quota 100.

Il comma 1, lettera b), dell'articolo 2-bis reca una deroga alla disciplina transitoria relativa all'assunzione di professionisti sanitari in formazione specialistica con contratti di lavoro dipendente a tempo determinato e con orario a tempo parziale; la normativa concerne i seguenti professionisti sanitari (in formazione specialistica): medici; medici veterinari; odontoiatri; biologi; chimici; farmacisti; fisici; psicologi. Si ricorda che la disciplina transitoria summenzionata ammette che gli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale procedano, entro il 31 dicembre 2022, alla stipulazione di tali contratti con i suddetti professionisti sanitari in formazione specialistica che, avendo partecipato alle procedure concorsuali (come consentito dalla medesima disciplina transitoria),

siano utilmente collocati nelle relative graduatorie separate. La possibilità di partecipazione (e la conseguente possibilità di assunzione a tempo determinato e parziale) concerne i soggetti iscritti al terzo anno o successivi del relativo corso di formazione specialistica. La deroga di cui alla presente lettera b) consente tali assunzioni anche in assenza dell'accordo quadro nazionale previsto dalla medesima disciplina transitoria.

In base alla linea del comma 1, la deroga trova applicazione per le assunzioni effettuate durante il perdurare dello stato di emergenza in oggetto - come accennato, il termine dello stato di emergenza, in base alla delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020, è stato prorogato al 15 ottobre 2020, termine che coincide con le misure di proroga di cui al presente decreto-legge. La lettera b) in esame specifica che le assunzioni devono essere effettuate in ogni caso nell'ambito delle strutture accreditate della rete formativa e che l'attività dei soggetti così assunti deve essere coerente con il progetto formativo deliberato dal consiglio della scuola di specializzazione. Restano fermi i limiti e le altre modalità posti dalla suddetta disciplina transitoria, anche con riferimento al trattamento economico (relativo ai soli medici in formazione specialistica). La disciplina transitoria - rispetto alla quale è posta la presente deroga - demanda la definizione - per i soggetti interessati dai summenzionati rapporti di lavoro a tempo determinato - delle modalità di svolgimento della formazione specialistica - la quale prosegue a tempo parziale - e delle attività formative (teoriche e pratiche) previste dagli ordinamenti e regolamenti didattici della scuola di specializzazione universitaria a specifici accordi tra le regioni o le province autonome e le università interessate; questi ultimi sono conclusi sulla base di un accordo quadro adottato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Con la deroga temporanea di cui alla lettera b) si consente che le assunzioni siano effettuate sulla base

di accordi conclusi (dalla regione o dalla provincia autonoma e dalle università interessate) anche in assenza dell'accordo quadro summenzionato.

Articolo 2-ter, commi 1 e 5, quarto periodo, del D.L. 18/2020 (L. 27/2020) - Misure urgenti per l'accesso del personale sanitario e socio-sanitario al Servizio sanitario nazionale - Le norme oggetto della presente proroga, di cui ai commi da 1 a 3 e 5 dell'articolo 2-ter del D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 aprile 2020, n. 27, e successive modificazioni, consentono, in via transitoria, il conferimento, da parte degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, di incarichi individuali a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie e ad operatori socio-sanitari, mediante avviso pubblico e selezione per colloquio orale. Il citato comma 5 reca, in merito, norme specifiche relative ai medici in formazione specialistica.

La possibilità di conferimento degli incarichi a tempo determinato di cui al comma 1 è ammessa durante la vigenza dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 - si ricorda che la delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020 ha prorogato lo stato di emergenza fino al 15 ottobre 2020, termine che coincide con le misure di proroga di cui al presente decreto-legge.

Il conferimento (da parte degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale) può concernere il personale delle professioni sanitarie e gli operatori socio-sanitari. Riguardo al richiamo concernente le professioni sanitarie, si ricorda che il conferimento può riguardare i soggetti iscritti agli albi professionali degli ordini: dei medici-chirurghi e degli odontoiatri; dei veterinari; dei farmacisti; dei biologi; dei fisici e dei chimici; delle professioni infermieristiche; della professione di ostetrica; dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione; degli psicologi. Riguardo ai medici in formazione specialistica, il comma 5 del presente articolo

2-ter, e successive modificazioni, fa riferimento, per gli incarichi in oggetto, a quelli iscritti all'ultimo o penultimo anno dei relativi corsi di specializzazione. Gli incarichi in esame hanno la durata di un anno - la durata è stata, tuttavia, ridotta a sei mesi per i medici in formazione specialistica -, non sono rinnovabili e sono conferiti mediante procedure comparative per titoli o colloquio orale o per titoli e colloquio orale, svolte con forme di pubblicità semplificata, quali la pubblicazione dell'avviso - per una durata minima di cinque giorni - solo sul sito dell'azienda che lo bandisca (commi 1 e 2).

Il conferimento è ammesso in deroga, se necessario, limitatamente agli oneri relativi al 2020, ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa per il personale, nei limiti delle risorse indicate per ciascuna regione (o provincia autonoma) e per varie finalità dal decreto direttoriale 10 marzo 2020 e dalle colonne 3 e 5 della tabella di cui all'allegato C del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla L. 17 luglio 2020, n. 77. In ogni caso, il ricorso agli incarichi in esame è subordinato alla previa verifica - da parte dei medesimi enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale - dell'impossibilità di utilizzare personale già in servizio nonché di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore (comma 1). Le attività professionali svolte in base ai suddetti incarichi a termine costituiscono titoli preferenziali nelle procedure concorsuali per l'assunzione presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale (comma 3).

Il citato comma 5 prevede, in relazione al termine di durata di sei mesi, stabilito, come detto, per gli incarichi in esame se conferiti ai medici in formazione specialistica, la possibilità di una proroga della durata di questi ultimi incarichi, in ragione del perdurare dello stato di emergenza, fino al 31 dicembre 2020, previa definizione dell'accordo di cui all'articolo 1, comma 548-bis, settimo periodo, della L. 30 dicembre 2018, n. 145, e successive modificazioni.

Si ricorda che la norma richiamata di cui al comma 548-bis prevede, in materia di formazione specia-

listica a tempo parziale, la stipulazione di specifici accordi tra le regioni, le province autonome e le università interessate, sulla base di un accordo quadro, adottato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Tuttavia, durante il perdurare dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, gli accordi possono essere conclusi dalla regione o dalla provincia autonoma e dalle università interessate anche in assenza dell'accordo quadro summenzionato.

Il comma 5 dispone altresì che, per le ipotesi di proroga in esame, l'accordo tenga conto delle eventuali e particolari esigenze di recupero - all'interno dell'ordinaria durata legale del corso di studio - delle attività formative, teoriche e assistenziali, necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti.

Ai sensi del medesimo comma 5: i medici in formazione specialistica restano iscritti alla scuola di specializzazione universitaria e continuano a percepire il trattamento economico previsto dal contratto di formazione medico-specialistica, integrato dagli emolumenti corrisposti per l'attività lavorativa svolta; il periodo di attività, svolto dai suddetti medici durante lo stato di emergenza in oggetto, è riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione.

Si segnala che l'articolo 17-ter del citato D.L. n. 18 del 2020 reca alcune specificazioni sulle modalità di applicazione dell'articolo 2-ter in esame alle aziende ospedaliere universitarie.

Articolo 2-quinquies, commi 1, 2, 3 e 4, del D.L. 18/2020 (L. 27/2020) - Misure urgenti per il reclutamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta - La presente proroga concerne alcune norme transitorie, poste dall'articolo 2-quinquies del D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 aprile 2020, n. 27, e intese a consentire lo svolgi-

mento di alcuni incarichi ai medici iscritti ai corsi di formazione specialistica o a quelli di formazione specifica in medicina generale.

Riguardo all'ambito temporale delle disposizioni, la formulazione previgente del citato articolo 2-quinquies faceva riferimento alla durata dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. La proroga in esame, nel testo originario del presente decreto-legge, pone il termine del 15 ottobre 2020 (che coincide con la proroga del suddetto stato di emergenza, stabilita con delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020), mentre la riformulazione (dell'articolo 1, comma 3, e dell'allegato 1) approvata dalla Camera dei deputati pone il termine del 31 dicembre 2021.

In particolare, i commi da 1 a 3, del citato articolo 2-quinquies consentono: ai medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale l'instaurazione di un rapporto convenzionale a tempo determinato con il Servizio sanitario nazionale; ai medici abilitati, anche durante la loro iscrizione ai corsi di formazione specialistica (presso le scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia) o ai corsi di formazione specifica in medicina generale, l'assunzione di incarichi provvisori o di sostituzione di medici di medicina generale e l'iscrizione negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica. Il successivo comma 4 consente, sempre in via transitoria, ai medici iscritti al corso di formazione specialistica in pediatria l'assunzione di incarichi provvisori o di sostituzione di pediatri di libera scelta.

Il comma 3 specifica che, con riferimento al periodo temporale summenzionato, le disposizioni di cui agli articoli 11 e 12 del D.M. 7 marzo 2006, relativi, rispettivamente, alle modalità di corso a tempo pieno e a tempo parziale di formazione specifica in medicina generale, si intendono integrate dalle norme di cui ai precedenti commi 1 e 2.

Il comma 4 consente che, durante il periodo temporale summenzionato, i medici iscritti al corso di formazione specialistica in pediatria

assumano incarichi provvisori o di sostituzione di pediatri di libera scelta convenzionati con il Servizio sanitario nazionale. Anche per tali attività (così come per quelle svolte ai sensi del precedente comma 2), si pone il principio del riconoscimento ai fini del ciclo di studi relativo alla specializzazione e si prevede, come norma di chiusura, che le università, ferma restando la durata legale del corso, assicurino il recupero delle attività formative, teoriche e assistenziali, necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti.

Articolo 3, comma 4, del D.L. 18/2020 (L. 27/2020) - Potenziamento delle reti di assistenza territoriale - L'articolo 1, comma 3, proroga dal 31 luglio al 15 ottobre 2020 le misure adottate dall'articolo 3 del decreto legge 18/2020 (Decreto cura Italia) per incrementare la dotazione dei posti letto in terapia intensiva e nelle unità operative di pneumologia e di malattie infettive nonché la dotazione di personale sanitario, necessari a fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. La proroga, richiamata dal n. 4 dell'Allegato 1 al provvedimento in esame, viene attuata nei limiti delle risorse disponibili, come autorizzate a legislazione vigente.

Articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 18/2020 (L. 27/2020) - Disciplina delle aree sanitarie temporanee - L'articolo 1, comma 3, proroga dal 31 luglio al 15 ottobre 2020 le misure adottate dall'articolo 4, commi 1 e 2 del decreto-legge 18/2020 (Decreto cura Italia) per consentire, alle regioni ed alle province autonome, di attivare aree sanitarie anche temporanee, per la gestione dell'emergenza COVID-19. La proroga, richiamata dal n. 5 dell'Allegato 1 al provvedimento in esame, viene attuata nei limiti delle risorse disponibili, come autorizzate a legislazione vigente.

Articolo 4-bis, comma 4, del D.L. 18/2020 (L. 27/2020) - Unità speciali di continuità assistenziale - L'articolo 1, comma 3, proroga dal 31 luglio al 15 ottobre 2020 le misure adottate dall'articolo 4-bis del decre-

to-legge 18/2020 (Decreto cura Italia) per l'istituzione di Unità speciali di continuità assistenziale (USCA). Come stabilito dal comma 4 del predetto articolo, le disposizioni avevano efficacia fino al 31 luglio 2020. La proroga, richiamata dal n. 6 dell'Allegato 1 al provvedimento in esame, viene attuata nei limiti delle risorse disponibili, come autorizzate a legislazione vigente.

Articolo 12, comma 1, D.L. 18/2020 (L. 27/2020) - Misure straordinarie per la permanenza in servizio del personale sanitario - L'articolo 1, comma 3, proroga dal 31 luglio al 15 ottobre 2020 le misure adottate dall'articolo 12, comma 1, del decreto-legge 18/2020 (Decreto cura Italia) per la permanenza in servizio dei dirigenti medici e sanitari, del personale del ruolo sanitario del comparto sanità e degli operatori socio-sanitari.

Più nel dettaglio, l'articolo 12 del Decreto cura Italia (decreto legge 18/2020) dispone che gli enti e le aziende del Ssn, verificata l'impossibilità di reperire personale sanitario facendo ricorso alle misure già a tal fine previste, e fino al perdurare dello stato di emergenza (31 luglio 2020), possono trattenere in servizio, anche in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza, i dirigenti medici e sanitari, nonché il personale del ruolo sanitario del comparto sanità e gli operatori sociosanitari.

Articolo 13, commi 1 e 1-bis, del D.L.18/2020 (L. 27/2020) - Deroga delle norme in materia di riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie e in materia di cittadinanza per l'assunzione alle dipendenze della pubblica amministrazione - L'articolo 1, comma 3, proroga dal 31 luglio al 15 ottobre 2020 le misure transitorie adottate dall'articolo 13, commi 1 e 1-bis, del decreto legge 18/2020 (Decreto cura Italia) in materia di riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie conseguite in uno Stato dell'Unione europea o in Stati terzi nonché in materia di cittadinanza relativamente all'assunzione alle dipendenze della pubblica amministrazione. Per permettere, a regioni e province auto-

nome, di attingere ad ulteriori risorse umane e far così fronte alle carenze di personale sanitario, l'articolo 13, comma 1, del Decreto cura Italia, consente, per la durata dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, l'esercizio temporaneo di professioni sanitarie con qualifica conseguita all'estero (Stati dell'Unione europea e Stati terzi). A tal fine, gli interessati presentano istanza, corredata di un certificato di iscrizione all'albo dello Stato di provenienza, alle regioni e province autonome, le quali possono procedere al reclutamento temporaneo di tali professionisti.

Articolo 17-bis, commi 1 e 6, del D.L. 18/2020 (L. 27/2020) - Disposizioni sul trattamento dei dati personali nel contesto emergenziale - Il punto n. 13 dell'Allegato contiene il riferimento all'articolo 17-bis, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla legge n. 27 del 2020, relativo al trattamento dei dati personali nel contesto dall'emergenza sanitaria a carattere transfrontaliero determinata dalla diffusione del Covid-19. In particolare le disposizioni oggetto di proroga sono quelle di cui ai commi 1 e 6 del citato articolo 17-bis. Il comma 1, amplia il novero di soggetti cui è consentito effettuare trattamenti dei dati personali, inclusa la comunicazione di tali dati tra i medesimi soggetti, che risultino necessari all'espletamento delle funzioni attribuite nell'ambito dell'emergenza epidemiologica. I trattamenti possono riguardare anche le particolari categorie di dati cui appartengono quelli relativi alla salute nonché quelli relativi alle condanne penali e ai reati (artt. 9 e 10 del Regolamento 2016/678 UE).

Articolo 22-bis, comma 1, del D.L. 18/2020 (L. 27/2020) - Iniziative di solidarietà in favore dei familiari di medici, personale infermieristico e operatori socio-sanitari - L'articolo 1, comma 3, proroga dal 31 luglio al 15 ottobre 2020 le iniziative di solidarietà adottate dall'articolo 22-bis, comma 1, del decreto legge 18/2020 (Decreto cura Italia) in favore dei familiari di medici, personale infermieristico e operatori socio-sanitari. La proroga, richiamata dal n. 13 dell'Allega-

to 1 al provvedimento in esame, viene attuata nei limiti delle risorse disponibili, come autorizzate a legislazione vigente. Nel corso dell'emergenza da COVID-19, molti esercenti le professioni sanitarie e anche molti operatori socio-sanitari e sociali sono stati contagiati, e in seguito sono deceduti per effetto diretto ovvero come conseguenza del contagio del virus. L'art. 22-bis del decreto-legge 18/2020, ha istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, un Fondo con una dotazione di 10 milioni di euro per l'anno 2020, per l'adozione di iniziative di solidarietà a favore dei familiari di medici, personale infermieristico e operatori socio-sanitari (OSS) impegnati nelle azioni di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Successivamente, l'art. 10, comma 1, lettera a), del decreto-legge 34/2020 (L. 77 del 2020) ha modificato l'articolo 22-bis, con la finalità di estendere tale beneficio ai familiari di tutti gli esercenti le professioni sanitarie e la professione di assistenti sociali.

Articolo 39 del D.L. 18/2020 (L. 27/2020) - Disposizioni in materia di lavoro agile - L'articolo 1, comma 3, proroga al 15 ottobre 2020 l'efficacia di talune disposizioni che disciplinano lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile prioritariamente da parte di soggetti con disabilità, nonché da parte di lavoratori immunodepressi, introdotte dall'art. 39 del D.L. 18/2020, richiamato dal n. 14 dell'Allegato 1. Nel dettaglio, la norma in commento proroga al 15 ottobre 2020 le disposizioni di cui all'art. 39 del D.L. 18/2020, previste, nel testo previgente, fino alla cessazione dello stato.

Articolo 73 del D.L. 18/2020 (L. 27/2020) - Semplificazioni in materia di organi collegiali - Sedute in videoconferenza dei consigli e delle giunte regioni ed enti locali - Il punto n. 18 dell'allegato 1 richiama l'articolo 73 del D.L. n.18 del 2020 che consente lo svolgimento in videoconferenza delle sedute dei consigli comunali, provinciali e metropolitani e delle giunte comunali, degli organi collegiali degli enti pubblici naziona-

li, degli organi degli enti e organismi del sistema camerale e degli organi di associazioni private, delle fondazioni nonché delle società (comprese quelle cooperative e i consorzi) e degli organi collegiali delle istituzioni scolastiche ed educative di ogni ordine e grado, fino alla cessazione dello stato di emergenza e nel rispetto di specifici criteri. Lo svolgimento delle sedute in videoconferenza, da parte delle amministrazioni pubbliche e dei soggetti che non siano già dotati di una regolamentazione che consenta loro il ricorso a tale modalità in via ordinaria, potrà pertanto proseguire sino al 15 ottobre 2020.

Articolo 102, comma 6, del D.L. 18/2020 (L. 27/2020) - Modalità di svolgimento delle prove compensative per il riconoscimento di qualifiche professionali sanitarie - La proroga in esame concerne una norma transitoria sulle modalità di svolgimento delle prove compensative, per i casi in cui, per i cittadini degli Stati membri dell'Unione europea, il riconoscimento del possesso di una qualifica professionale (conseguita in altri Paesi dell'Unione), nell'ambito delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, richieda lo svolgimento di tale prova. La norma transitoria è posta dall'articolo 102, comma 6, del D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 aprile 2020, n. 27. Riguardo all'ambito temporale delle disposizioni, la formulazione finora vigente fa riferimento alla durata dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. La proroga in esame pone il termine del 15 ottobre 2020, che coincide con la proroga del suddetto stato di emergenza, stabilita con delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020. Il citato comma 6 prevede che, nel periodo temporale summenzionato, la prova in oggetto possa essere effettuata con modalità a distanza, con svolgimento della prova pratica secondo la modalità di cui al punto 2 della circolare del Ministero della salute e del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica del 30 settembre 2016, prot. 46319 (circolare concernente le prove finali dei corsi di laurea afferenti

alle classi di laurea delle professioni sanitarie). Tale modalità consiste nello svolgimento di una prova con domande a risposta chiusa e a risposta aperta su casi clinici o situazioni paradigmatiche della pratica professionale; la suddetta modalità è alternativa a quella definita dal precedente punto 1 della circolare, che prevede lo svolgimento di una simulazione pratica.

Articolo 6, comma 4, del D.L. 22/2020 (L. 41/2020) - Esami di abilitazione e tirocini professionalizzanti e curriculari - Il numero 23 dell'Allegato 1- richiamando l'articolo 6, comma 4, del D.L. 22/2020 (L. 41/2020) - proroga (dal 31 luglio) al 15 ottobre l'efficacia delle disposizioni che prevedono che ai fini del conseguimento dei requisiti necessari alla partecipazione agli esami di Stato di abilitazione professionali, per le sole sessioni di esame nelle quali abbia rilievo il periodo ricompreso tra il 9 marzo 2020 e il 31 luglio 2020, le amministrazioni competenti all'organizzazione degli esami di Stato possono non tener conto di tale periodo al fine di consentire, tra l'altro, il riconoscimento degli anzidetti requisiti e l'ammissione dei candidati che abbiano conseguito la laurea entro il 15 giugno 2020. Si ricorda che il Consiglio dei ministri, il 30 luglio 2020, ha deliberato la proroga, fino al 15 ottobre 2020, dello stato d'emergenza dichiarato lo scorso 31 gennaio. L'articolo 6 del d.l. n. 22 introduce misure urgenti per lo svolgimento degli esami di Stato di abilitazione all'esercizio delle professioni e dei tirocini professionalizzanti e curriculari. I commi 1 e 3 dell'articolo 6 riguardano specificatamente: le professioni di dottore agronomo e dottore forestale, agrotecnico, architetto, assistente sociale, attuario, biologo, chimico, geologo, geometra, ingegnere, perito agrario, perito industriale, psicologo (la disposizione in esame richiama le professioni regolamentate ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328); **le professioni di odontoiatra, farmacista, veterinario, tecnologo alimentare, dottore commercialista ed esperto contabile; la professione di revisione legale e infine la professione forense.** Il primo periodo del comma 1 dell'articolo 101 del d.l. n. 18 pre-

vede, in deroga alle disposizioni dei regolamenti di ateneo, la proroga al 15 giugno 2020 dell'ultima sessione delle prove finali per il conseguimento del titolo di studio relative all'anno accademico 2018/2019. Con la proroga prevista dal provvedimento in esame, tale disciplina trova applicazione con riguardo anche a tutte le sessioni di esame nelle quali abbia rilievo il periodo ricompreso tra il 9 marzo 2020 e il 15 ottobre 2020.

Articolo 38, commi 1 e 6, del D.L. 23/2020 (L. 40/2020) - Disposizioni urgenti in materia contrattuale per la medicina convenzionata - La proroga in esame concerne una norma transitoria relativa alla corresponsione di incrementi del trattamento economico ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta - norma posta dal comma 1 dell'articolo 38 del D.L. 8 aprile 2020, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla L. 5 giugno 2020, n. 40. Riguardo all'ambito temporale della disposizione, la formulazione finora vigente del suddetto comma 1 fa riferimento alla durata dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. La proroga in esame pone il termine del 15 ottobre 2020, che coincide con la proroga del suddetto stato di emergenza, stabilita con delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020. La proroga in esame fa letteralmente riferimento anche al comma 6 dello stesso articolo 38 - comma concernente gli specialisti ambulatoriali convenzionati.

Articolo 40, commi 1, 3 e 5, del D.L. 23/2020 (L. 40/2020) - Sperimentazione e uso compassionevole dei medicinali in relazione all'emergenza epidemiologica da CO-

VID-19 - La proroga in esame concerne la disciplina transitoria - posta dall'articolo 40 del D.L. 8 aprile 2020, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla L. 5 giugno 2020, n. 40 - sulla sperimentazione clinica dei farmaci, con riferimento a pazienti affetti dal virus COVID-19, nonché sull'uso compassionevole dei farmaci in fase di sperimentazione destinato ai medesimi pazienti. Riguardo all'ambito temporale delle disposizioni, la formulazione finora vigente del citato articolo 40 fa riferimento alla durata dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. La proroga in esame pone il termine del 15 ottobre 2020, che coincide con la proroga del suddetto stato di emergenza, stabilita con delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020. Le misure temporanee in esame hanno la finalità di migliorare la capacità di coordinamento e di analisi delle evidenze scientifiche disponibili. Tali norme assorbono la disciplina già posta ai fini in oggetto dall'articolo 17 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 (convertito, con modificazioni, dalla L. 24 aprile 2020, n. 27) - articolo abrogato, con decorrenza dal 9 aprile 2020, dal comma 8 del presente articolo 40 (il comma 2 dell'articolo 1 della citata L. di conversione n. 40 fa salvi gli effetti giuridici prodottisi prima dell'abrogazione).

Articolo 42, comma 1, quarto periodo, D.L. 23/2020 (L. 40/2020) - Disposizioni urgenti per disciplinare il commissariamento dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - L'articolo 1, comma 3, proroga dal 31 luglio al 15 ottobre 2020 le disposizioni urgenti adottate dall'articolo 42 del decreto-legge 23/2020 (Decreto liquidità), per disciplinare il commissariamento dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - Agenas. La proroga, richiamata dal

n. 28 dell'Allegato 1 al provvedimento in esame, viene attuata nei limiti delle risorse disponibili, come autorizzate a legislazione vigente.

Articolo 4, commi 1 e 3, del D.L. 34/2020 (L. 77/2020) - Misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID-19 - L'articolo 1, comma 3, proroga dal 31 luglio al 15 ottobre 2020 le misure adottate dall'articolo 4, commi 1 e 3 del decreto legge 34/2020 (Decreto rilancio) per disciplinare il riconoscimento, alle strutture sanitarie inserite nei piani per incrementare la dotazione dei posti letto in terapia intensiva, di una remunerazione per una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti ed alla gestione dell'emergenza. La proroga, richiamata dal n. 30 dell'Allegato 1 al provvedimento in esame, viene attuata nei limiti delle risorse disponibili, come autorizzate a legislazione vigente.

Articolo 9 del D.L. 34/2020 (L. 77/2020) - Proroga piani terapeutici - Durante l'esame presso la Camera dei deputati, all'Allegato 1, è stato aggiunto il numero 30-bis che, in base all'articolo 1, comma 3, proroga dal 31 luglio al 15 ottobre 2020 le misure adottate dall'articolo 9 del decreto legge 34/2020 (Decreto rilancio) relativo alla proroga di ulteriori 90 giorni dei piani terapeutici in scadenza durante il periodo dell'emergenza epidemiologica in corso. I piani terapeutici interessati devono riferirsi a specifiche patologie che includono ausili, dispositivi monouso e protesi. La proroga si rende necessaria al fine di ridurre il rischio di infezione da SARS-CoV-2, limitando l'affluenza negli ambulatori specialistici per ottenere il rinnovo dei predetti piani.

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.

Misure legislative anti Covid

Sulla Gazzetta Ufficiale n.265 del 25-10-2020 è stato pubblicato il provvedimento DPM 24/10/2020 che contiene le nuove misure per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Le disposizioni del decreto si applicano dalla data del 26 ottobre 2020, in sostituzione di quelle del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 ottobre 2020, come modificato e integrato dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 18 ottobre 2020, e sono efficaci fino al 24 novembre 2020.

Si riportano di seguito le disposizioni di maggiore interesse per la professione medica e odontoiatrica e per gli Ordini:

- Sono sospesi i convegni, i congressi e gli altri eventi, ad eccezione di quelli che si svolgono con modalità a distanza; tutte le cerimonie pubbliche si svolgono nel rispetto dei protocolli e linee guida vigenti e in assenza di pubblico; nell'ambito delle pubbliche amministrazioni le riunioni si svolgono in modalità a distanza, salvo la sussistenza di motivate ragioni; è fortemente raccomandato svolgere anche le riunioni private in modalità a distanza.
- Sono consentiti i corsi di formazione specifica in medicina generale nonché le attività didattico-formative degli Istituti di formazione dei Ministeri dell'interno, della difesa, dell'economia e delle finanze e della giustizia, nonché del Sistema di informazione per la sicurezza della Repubblica. I corsi per i medici in formazione specialistica e le attività dei tirocinanti delle professioni sanitarie e medica possono in ogni caso proseguire anche in modalità non in presenza.

- **In ordine alle attività professionali si raccomanda che:**

- 1) esse siano attuate anche mediante modalità di lavoro agile, ove possano essere svolte al proprio domicilio o in modalità a distanza;
 - 2) siano incentivate le ferie e i congedi retribuiti per i dipendenti nonché gli altri strumenti previsti dalla contrattazione collettiva;
 - 3) siano assunti protocolli di sicurezza anti-contagio, fermo restando l'obbligo di utilizzare dispositivi di protezione delle vie respiratorie previsti da normativa, protocolli e linee guida vigenti;
 - 4) siano incentivate le operazioni di sanificazione dei luoghi di lavoro, anche utilizzando a tal fine forme di ammortizzatori sociali.
- Il personale sanitario si attiene alle appropriate misure per la prevenzione della diffusione delle infezioni per via respiratoria previste dalla normativa vigente e dal Ministero della salute sulla base delle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità e i responsabili delle singole strutture provvedono ad applicare le indicazioni per la sanificazione e la disinfezione degli ambienti fornite dal Ministero della salute.
 - Al fine di rendere più efficace il contact tracing attraverso l'utilizzo dell'App Immuni, è fatto obbligo all'operatore sanitario del Dipartimento di prevenzione della azienda sanitaria locale, accedendo al sistema centrale di Immuni, di caricare il codice chiave in presenza di un caso di positività.
 - Nelle pubbliche amministrazioni e, in particolare, nelle aree di accesso alle strutture del servizio sanitario, nonché in tutti i locali aperti al pubblico, sono messe a disposizione degli addetti, nonché degli

utenti e visitatori, soluzioni disinfettanti per l'igiene delle mani.

- Le pubbliche amministrazioni assicurano il rispetto delle prescrizioni vigenti in materia di tutela della salute adottate dalle competenti autorità.
- Nelle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, è incentivato il lavoro agile con le modalità stabilite da uno o più decreti del Ministro della pubblica amministrazione, garantendo almeno la percentuale di cui all'articolo 263, comma 1, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.
- Le pubbliche amministrazioni dispongono una differenziazione dell'orario di ingresso del personale.
- È fortemente raccomandato l'utilizzo della modalità di lavoro agile da parte dei datori di lavoro privati.
- L'operatore di sanità pubblica e i servizi di sanità pubblica territorialmente competenti provvedono, sulla base delle comunicazioni di cui all'art. 6, alla prescrizione della permanenza domiciliare, secondo le modalità di seguito indicate:
 - a) contattano telefonicamente e assumono informazioni, il più possibile dettagliate e documentate, sulle zone di soggiorno e sul percorso del viaggio effettuato nei quattordici giorni precedenti, ai fini di una adeguata valutazione del rischio di esposizione;
 - b) avviata la sorveglianza sanitaria e l'isolamento fiduciario, l'operatore di sanità pubblica informa inoltre il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta da cui il soggetto è assistito anche ai fini dell'eventuale certificazione ai fini INPS (circolare INPS HERMES 25 feb-

braio 2020 0000716 del 25 febbraio 2020);

c) in caso di necessità di certificazione ai fini INPS per l'assenza dal lavoro, si procede a rilasciare una dichiarazione indirizzata all'INPS, al datore di lavoro e al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta in cui si dichiara che per motivi di sanità pubblica è stato posto in quarantena precauzionale, specificandone la data di inizio e fine.

Si ribadisce inoltre quanto già affermato nella Comunicazione n. 184/20:

“Ciò detto, alla luce delle disposizioni sopraccitate, questa Federazione, nell'ambito dei compiti di indirizzo e coordinamento degli Ordini, evidenzia elementi di criticità con riferimento alla organizzazione da parte degli stessi di eventi ECM in presenza, ciò nonostante la norma di cui all'art. 1, comma 1-bis, della legge n. 124/20, che escludeva dalla sospensione dei

congressi quelli inerenti alle attività medico-scientifiche e di educazione continua in medicina (ECM). Nell'incertezza del quadro normativo e stanti le connesse responsabilità, si ritiene che tali eventi debbano essere sospesi, nell'attesa dei necessari chiarimenti da parte della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Con riferimento alle assemblee elettorali degli Ordini, così come già chiarito da fonti ministeriali per le convocazioni delle assemblee degli iscritti per l'approvazione dei bilanci, si ritiene che il divieto dello svolgimento di riunioni o attività convegnistiche o congressuali non possa riferirsi all'evento elettorale degli Organi degli Ordini, quale momento procedimentale e partecipativo necessario per il funzionamento degli Enti.

Le Assemblee elettorali degli Ordini costituiscono, infatti, un momento fondamentale per la vita degli stessi. Le assemblee elettorali potranno, quindi, svolgersi in “presenza fisica”

dei soggetti convocati, a condizione che siano organizzate in locali o spazi adeguati e nel rispetto di protocolli di sicurezza anticontagio COVID-19.

In conclusione si rileva che il Ministro per la Pubblica Amministrazione, Fabiana Dadone, ha firmato il decreto ministeriale sullo smart working che attua le norme del decreto Rilancio, alla luce dei Dpcm del 13 e 18 ottobre.

Il testo prevede tra l'altro che ciascuna amministrazione assicura con immediatezza, su base giornaliera, settimanale o plurisettimanale, lo svolgimento del lavoro agile almeno al 50% del personale impegnato in attività che possono essere svolte secondo questa modalità.

Le pubbliche amministrazioni, tenuto conto dell'evolversi della situazione epidemiologica, assicurano in ogni caso le percentuali più elevate possibili di lavoro agile, compatibili con le potenzialità organizzative e con la qualità e l'effettività del servizio erogato”.

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.

Epidemie

Dura 28 secondi il video che Open Arms ha pubblicato sui "social" e che mostra il momento in cui la mamma di Joseph, un neonato di 6 mesi morto ieri nel naufragio nel Mediterraneo di un gommone, urla di aver perso il figlio. "I lost my baby", ripete la donna appena portata in salvo, "Where is my baby?"

"Abbiamo riflettuto se fosse il caso di mostrare il grido del naufragio, il dolore e la disperazione.

Abbiamo deciso di rendere pubblico quello che accade in quel tratto di mare perché i nostri occhi non siano i soli a vedere e perché si ponga fine a tutto questo subito", spiega Open Arms in un tweet.

Joseph si chiamava anche un mio paziente ghanese che faceva il pescatore a Cape Coast ed abitava nelle baracche che stanno attaccate alla fortezza dove gli inglesi ammassavano gli schiavi prima di imbarcarli sulle navi che li portavano verso i mercati delle americhe.

Quel posto i locali lo chiamano "the castle" (il castello) ed è ora un museo dove si conservano oggetti del tempo dello schiavismo. Vi si possono visitare le celle che danno su un corridoio che finisce nella porta del non ritorno ("the door of no return"). Joseph aveva una barca con cui usciva a pescare per mantenere la famiglia.

Poi al largo sono arrivate le navi cinesi che "arano" il mare e trasferiscono il pescato nelle navi frigorifere che lo portano sui mercati del mondo.

Per colpa di quelle Joseph, non riuscendo più a pescare quanto gli serviva per mantenere la famiglia, ha deciso di tentare la fortuna. È partito per venire dalla sorella in Italia.

Ha fatto la maggior parte della strada a piedi chiedendo ogni tanto passaggi a qualche camion che passava per la strada.

Non ha tentato la via del mare; troppo rischiosa. E comunque i soldi per percorrerla non li aveva.

Ci ha impiegato quasi un anno passando per il Burkina Faso, il Mali, l'Algeria, il Marocco, la Spagna e la Francia. Quando è arrivato a Legnago la sorella ha stentato a riconoscerlo, ma l'ha accolto con affetto e commozione.

Anche se faceva fatica a sbarcare il lunario e a coniugare il pranzo con la cena, gli ha dato un letto ed un tetto, dividendo con lui quel poco che aveva.

Ora Joseph lavora come bracciante nei campi e quel poco che guadagna lo manda alla famiglia in Ghana. Sogna di poterla portare prima o poi in Italia.

Assorbiti dai dati sull'epidemia quella del piccolo Joseph che non ce l'ha fatta è stata una notizia capace di richiamare la nostra attenzione; di farci ricordare che non esiste solo il nostro quotidiano con le sue ansie e paure. Che esistono altre tragedie. Per 28 secondi abbiamo dimenticato i nostri problemi.

Davanti ad una mamma disperata che grida di aver perso il suo bambino e urla "where is my baby?", abbiamo dimenticato di annotare che la gente non indossava mascherine e che, come dice qualcuno, stava violando il look down.

Domani ci sarà chi ci dirà che quella gente bisogna aiutarla a casa sua; che la soluzione del problema non può essere quella di aiutare gli scafisti ed i trafficanti di esseri umani.

Per fortuna c'è ancora chi queste chiacchiere non le ascolta e non ci pensa due volte prima di rischiare la vita buttandosi in acqua per salvare dei disperati.

Con la loro abnegazione ed il loro impegno salvano non solo loro, ma anche le nostre coscienze.

Ricordandoci che c'è un'altra pericolosa epidemia. Quella dell'indifferenza.

ROBERTO MORA



La porta del non ritorno.
Le baracche dei pescatori.



Cape Coast: The castle

Da angeli a ... demoni

Siamo passati dalla stagione degli angeli-eroi, osannati dai balconi, a quella dei bugiardi che fanno affari con gli imprenditori delle pompe funebri. Quelli che alimentano con l'epidemia la paura della gente, che mandano le ambulanze a girare a vuoto nelle città, con tanto di sirene spiegate, per seminare terrore e angoscia.

A Napoli una persona si è presa la briga di inseguire con la propria autovettura un'ambulanza, filmarla, per postare poi il video sui social media sostenendo che quel giro in città non era un trasporto diretto all'ospedale, ma una messa in scena per spaventare la gente e tenerla a casa. Tutto a danno di negozi, bar, ristoranti e dei commercianti che sarebbero, loro sì, le vere vittime di questa pandemia.

Che durante le calamità naturali ci siano persone che rifiutano la verità e cerchino un colpevole con cui prendersela è successo ancora (vedi quelli che se la prendono con i geologi perché non riescono a prevedere i terremoti).

Ma che il colpevole sia chi sta pagando il tributo di vittime più alto (medici, infermieri e operatori sanitari) non mi pare di averlo ancora sentito. E comunque la cosa mi fa arrabbiare....!

La curva del contagio si sta, ci dicono, piegando e forse dopo le prossime festività potremo tirare un po' il fiato. Intanto quello che ci attende sarà un Natale da passare in casa con le persone del nucleo familiare, non di più. Niente cenoni di capodanno, anche se non si dovrà digiunare come in quaresima.

Non so cosa faranno quelli della "Caritas" che ogni anno a Natale organizzavano, nella sala del "Centro Giovanile Salus", il pasto per i meno fortunati. Da quando c'è il Covid il refettorio dove si servono i pasti ha chiuso. Quelli che ancora vi arrivano, al posto del tavolo e della sala riscaldata, trovano un sacchetto con dentro un panino, un po' di frutta e qualcos'altro di facile trasporto da consumare nel freddo delle loro abitazioni. Nessuno di loro pensa che questo sia stato fatto per fare risparmi e che non ci siano più persone capaci di solidarietà.

I miei colleghi in ambulatorio passano le giornate attaccati al telefono. La gente li chiama a tutte le ore. Le sale d'attesa sono quasi vuote e gli unici che non desistono dal frequentarle sono quelli per cui la visita è indispensabile o quelli che sono abituati a farlo per avere rassicurazioni e conforto.... e non riescono a farne meno.

Non so se le frequentino quelli che negano l'epidemia e che sostengono che è un'invenzione di chi vuol abbattere la nostra economia per poi svenderla a prezzi stracciati. Forse temono di diventare destinatari di un TSO.

I colleghi dell'ospedale, soprattutto quelli del Pronto Soccorso, hanno gli occhi arrossati e stanchi.

Di giorno in giorno sono sempre in meno e sempre più oberati. Le terapie intensive sono piene e le previsioni sembrano non volgere al meglio. Alla televisione dicono che l'RT è arrivato, a livello nazionale, sotto l'uno.

Da noi, in Veneto, continua ad essere sopra uno e Zaia ci ha spiegato che restiamo in zona gialla perché le nostre strutture sanitarie, benché stressate, riescono a tenere.

I nostri commercianti devono ringraziare medici ed infermieri che col loro lavoro tengono su le statistiche e non hanno fatto patti con le pompe funebri. Se tengono i medici.... tiene anche l'economia.

Presto arriverà il vaccino. Si potrebbe cominciare già a gennaio. Ad averlo per primi saranno medici, infermieri, tecnici sanitari e OSS oltre che gli anziani ospiti nelle RSA.

E c'è già chi ha detto che il vaccino non lo farànon si fida.

Spero che le previsioni siano azzeccate, che le cose vadano veramente meglio e a breve.

Spero però anche che qualcuno ci si metta d'impegno.

A studiare un vaccino nuovo contro la stupidità.

ROBERTO MORA



“SEMPRE CON VOI” Fondi ai familiari di medici caduti durante la pandemia

La gestione sanitaria della pandemia continua a richiedere un alto livello di impegno professionale da parte dei medici e odontoiatri, attivi nel contrasto al virus. Non si ferma il triste conteggio dei nostri colleghi deceduti a causa del contagio, arrivato, oggi, a superare i 200.

Nei primi mesi dell'epidemia abbiamo registrato innumerevoli iniziative di raccolta fondi da destinare alle famiglie dei sanitari scomparsi; segnali di sostegno e di generosità apprezzabili nei confronti dei familiari di quei colleghi che hanno portato la propria abnegazione professionale e la propria dedizione verso gli altri, fino alle estreme conseguenze.

Trovare il senso di questo supporto economico, finalizzato a sostenere le famiglie dei sanitari scomparsi è semplice, laddove un'offerta spontanea proveniente dalla nostra comunità sociale e dalla realtà imprenditoriale più

sensibile del nostro Paese, esprime il valore di una funzione, il riconoscimento di un ruolo, quale è quello medico e odontoiatrico, che prima che professionale è umano.

In tal senso ho trovato più che apprezzabile l'iniziativa posta in campo dall'imprenditore Diego Della Valle, patron del gruppo Tod's che con l'iniziativa “*Sempre con voi*” ha contribuito direttamente con una donazione di 5 milioni di euro alla raccolta fondi, aperta a privati e ad altri imprenditori, grazie a un conto corrente dedicato presso Intesa San Paolo e intestato alla Protezione civile, finalizzata a fornire sostegno economico alle famiglie dei sanitari deceduti.

La raccolta ha raggiunto quota 11 milioni di euro.

L'Ordinanza n.693 del 17 agosto 2020 pubblicata sul Gazzetta Ufficiale n.205 (Allegato n. 1) ha precisato i termini dell'erogazione di detti fondi

ai familiari dei sanitari deceduti e più precisamente i requisiti da possedere e le scadenze da rispettare.

Sono a chiedere la Vostra cortese collaborazione al fine di sensibilizzare le famiglie dei colleghi, iscritti ai Vostri OMCeO e deceduti per contagio da Covid 19, per invitarli a presentare la domanda per ottenere l'erogazione dei fondi raccolti a questo scopo.

Lo scopo della erogazione come chiaramente esplicitato dal dr. Diego Della Valle non è certo quella di alleviare un dolore di simile intensità quanto esclusivamente quella di agevolare, ove possibile, la vita delle famiglie colpite.

Al fine di consentirVi di procedere, riguardo alla iniziativa illustrata che appare di particolare valore, Vi ricordo che l'elenco dei nostri colleghi deceduti è presente e purtroppo in continuo aggiornamento, sul portale della FNOMCeO: www.fnomceo.it.

Giornata nazionale del personale sanitario

Cari Presidenti,
si ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale n. 294 del 26-11-2020 è stata pubblicata la legge 155 del 13/11/2020

All'articolo 1, comma 1, si prevede l'istituzione della Giornata nazionale del personale sanitario e so-

ciosanitario di cui alla legge n. 3 del 2018, nonché del personale socioassistenziale e del volontariato.

Al comma 2, si specifica che la Giornata è considerata solennità civile, ai sensi dell'articolo 3 della legge 260 del 1949, non determina riduzione dell'orario di lavoro negli uffici pubblici

né, qualora cada in giorno feriale, costituisce giorno di vacanza o comporta riduzione di orario per le scuole di ogni ordine e grado.

La Giornata si celebra il 20 febbraio di ogni anno.

All'articolo 2, si precisa che gli Ordini delle professioni sanitarie e socioassistenziali sono stati ricompresi nel novero dei soggetti coinvolti nel processo di determinazione delle modalità di svolgimento della Giornata, insieme alle associazioni e agli organismi operanti nel settore.

Assemblea Nazionale ENPAM: approvato il bilancio di previsione 2021 e ridotti i costi di gestione.

A CURA DI ROBERTO MORA,
DELEGATO ENPAM
DELL'OMCEO DI VERONA

Sabato 29 ottobre l'Assemblea Nazionale Enpam, riunita come da norme di legge in teleconferenza, ha dato il proprio via libera al bilancio di previsione 2021 che per l'anno venturo conta di far segnare un saldo positivo di circa 470 milioni di euro. Di questi 215 milioni arriveranno dal saldo previdenziale (differenza tra contributi incassati e prestazioni erogate) e 372 milioni da entrate correlate alla gestione del patrimonio.

Si tratta come sempre di previsioni elaborate nel rispetto del principio della prudenza, che impongono di conteggiare in negativo le previsioni di spesa senza portare in attivo le possibili positività non prontamente incassabili. La gestione reale potrà poi determinare ulteriori miglioramenti di tale risultato ma questo potrà risultare solo nel bilancio consuntivo che si potrà trarre a fine anno.

La stima è che il maggior apporto del 2021 possa provenire dagli investimenti (372 milioni di euro) e solo in misura minore dai contributi versati dagli iscritti per i quali è comunque già previsto un aumento medio del 1%.

Per quanto attiene alla gestione previdenziale e assistenziale, l'Ente pensionistico dei medici e degli odontoiatri prevede entrate contributive pari a circa 2,8 miliardi di euro (in calo per effetto del Covid) a fronte di prestazioni per circa 2,6 miliardi di euro (in aumento). Il tutto dunque, con un saldo positivo, appunto, di 215 milioni di euro.



Ad oggi sono stati 78.110 i medici e i dentisti che hanno ricevuto il bonus straordinario Enpam fino a 3mila euro destinato ai professionisti danneggiati dal Covid.

A questi si sommano i 1.002 che hanno beneficiato di un'indennità di quarantena (con altri 528 casi che verranno liquidati appena ricevuta tutta la documentazione). Sempre come misura covid-correlata la Fondazione ha previsto proroghe alle rate di ricongiunzione previdenziale, di riscatto degli anni di laurea e una sospensione delle rate dei mutui stipulati con gli iscritti.

Ricordiamo che in questi ultimi anni sono state introdotte nuove indennità come quella di maternità e coperture assicurative come quella del Long Term Care che prevede l'erogazione di una indennità economica per gli iscritti che in qualsiasi momento della loro vita dovessero incorrere in patologie comportanti invalidità totale (indipendentemente dall'anzianità contributiva).

La Fondazione ha anche anticipato i sussidi statali da 600/1000 euro a circa 43mila iscritti.

Al fianco dei Medici contagiati

L'esigenza di tutelare gli iscritti in difficoltà a causa dell'emergenza Covid con tutele e misure straordinarie, ha detto il presidente Alberto Oliveti, ha reso necessaria una variazione al bilancio di previsione 2020 con un incremento delle risorse stanziare per le prestazioni. Tuttavia, anche per quest'anno si manterrà un saldo positivo grazie al quale saranno progettate nuove misure di welfare per gli iscritti.

Saranno proposti nuovi interventi per il Covid-19, come per esempio assegni per i contagiati in isolamento, ricoverati o iscritti costretti alla terapia intensiva.

L'assemblea ha approvato anche una previsione che autorizzi la Fondazione a farsi carico delle spese funerarie

dei medici e degli odontoiatri caduti a causa del Covid (ad oggi i medici deceduti per aver contratto l'infezione sono 219).

Diminuzione dei costi e delle indennità

Il tema della diminuzione dei costi degli organi statutari era uno dei punti all'ordine del giorno. È noto che sul tema si erano scatenate varie polemiche cavalcate dai media ma anche da colleghi e qualche sigla sindacale. Al nostro Ordine sono pervenute in merito le proteste di alcuni colleghi che si dicono scandalizzati dalle cifre riportate da alcune testate giornalistiche.

Sul punto il Presidente Oliveti ha affermato che quelle cifre non corrispondono alla verità ed ha reso noto che sul sito della fondazione renderà consultabile il suo modello Unico, precisando, inoltre, che se il problema riguarda la sua persona è disponibile a rimettere il mandato. Ha altresì raccomandato di non dimenticare che gli attacchi scandalistici potrebbero sottendere un tentativo di commissariamento della Fondazione, primo passo, questo, per in-

globare l'ente nell'INPS (cosa già peraltro avvenuta con la cassa pensioni del personale sanitario dipendente) al fine di risanare le sue croniche passività.

Per chi volesse, le indennità del CDA saranno comunque consultabili sul sito dell'ENPAM.

Ma per tornare alle cifre: dal 2012 al 2019, mentre il patrimonio gestito dalla Fondazione aumentava da 12 a 23 miliardi (con +5 miliardi frutto degli investimenti), il costo per gli organi di gestione dell'Enpam è diminuito del 25%.

Ricordiamo che i costi degli Organi Statutari (compensi come indennità di carica e gettoni di presenza e spese di trasferta) erano stati già ridotti del 10% nel 2011 e di un ulteriore 10% nel 2015.

Sul punto l'assemblea ha accolto la mozione del CDA che proponeva una ulteriore riduzione del 10% dell'indennità di carica (percepita dai soli componenti del CDA) e di un 20% del gettone di presenza (percepita questa oltre che dal CDA dai componenti dell'Assemblea).

La mozione in questione è stata accolta con l'86 % dei voti favorevoli (votanti 172, favorevoli 148, contrari 15, astenuti 9 tra cui Verona).

In tal modo il costo degli organi statutari che nel 2015 era di circa 380 milioni euro sarà ridotto a 316 milioni di euro (tetto massimo di costo previsto per i prossimi anni).

Sul punto erano anche state avanzate altre due mozioni che prevedevano riduzioni più drastiche ma che non sono state sottoposte al vaglio dell'assemblea in quanto la mozione del CDA, votata per prima, è stata accolta con esito positivo.

Per finire le nuove indennità di carica sono le seguenti:

Presidente € 280.000
Vicepresidenti: € 95.000
Consiglieri: € 32.000
Revisori dei Conti: € 28.000

Gettone di Presenza: € 1000 per chi non è residente a Roma, € 800 per chi ha residenza a Roma. Il gettone è ridotto a € 800 quando la riunione viene svolta a distanza (e non comporta quindi la trasferta). Il gettone è comprensivo delle spese alberghiere.

ECM: C'È TEMPO FINO A FINE 2020

La Commissione Nazionale ECM ha deliberato ieri di prorogare la conclusione del triennio 2017 - 2019.

*Sarà possibile, pertanto, mettersi in regola con i crediti del triennio in oggetto **fino al 31/12/2020**.*

Per il triennio successivo, 2020 - 2022, si conferma l'obbligo di conseguire 150 crediti.

Esempio: se mancano 30 crediti per completare il triennio 2016 - 2019, il professionista dovrà ottenere 30 crediti entro il 31/12/2020 che si aggiungono ai 150 previsti per il triennio 2020 - 2022.

Cosa ti dà la Quota A

L'Enpam lancia un'operazione verità sulla Quota A mettendo a disposizione degli iscritti un'infografica sui vantaggi che il contributo previdenziale porta con sé.

Lungi dall'essere una tassa, il contributo minimo obbligatorio dovuto da tutti i medici e gli odontoiatri torna sempre indietro sotto forma di **pensione** (che a parità di contributi versati è uguale o superiore a quella che arriverebbe da Inps) e, **in aggiunta**, dà diritto a una lunga lista di **prestazioni assistenziali**.

INVESTIMENTI

Ma come fa l'Enpam a dare sia una pensione sia assistenza senza dover chiedere contributi aggiuntivi?

La risposta sta nel patrimonio. A differenza delle gestioni previdenziali pubbliche, infatti, la Fondazione Enpam ha delle riserve patrimoniali che investe ricavando degli interessi. Questi interessi vengono ripartiti fra gli iscritti sotto forma di prestazioni migliori.

COSTO REALE

Infine l'infografica sulla Quota A sfa un altro mito: quello del costo reale dei contributi, che è più basso di quanto appare. L'esempio illustrato mostra che chi non versa

il contributo Enpam entro il 31 dicembre, l'anno successivo si ritroverà a pagare fino a 818 euro in più al fisco. E queste sì che sono tasse.



COSA TI DÀ LA QUOTA A ENPAM

MUTUI AGEVOLATI
Fino a 300mila euro a tasso fisso per acquistare la prima casa o lo studio professionale. I mutui sono studiati per i medici e gli odontoiatri fino a 40 anni di età. Condizioni di accesso agevolate che permettono la concessione anche a chi ha un reddito modesto.

GENTORIALITÀ
Assegno di maternità di almeno 7mila euro alle dottoresse che non hanno altre tutele. Bonus di 1.500 euro per le spese del primo anno di vita del bambino.

SUSSIDI
Aiuti a colleghi in situazioni economiche difficili (sussidio fino a circa 8.300 euro l'anno): il sussidio può scattare per interventi chirurgici, cure non a carico del San, assistenza ad anziani, non autosufficienti, portatori di handicap, spese sostenute dal nucleo familiare per la malattia o il decesso dell'iscritto, spese funerarie, eventi imprevisti.

CALAMITÀ NATURALI
Fino a 18mila euro di aiuti a fondo perduto in caso di danni prima abitazione o allo studio professionale, ma anche a beni mobili come ad esempio automezzi, computer e attrezzature.

INABILITÀ ALLA PROFESSIONE
Garanzia di poter contare su un reddito di 15mila euro all'anno minimo in caso di inabilità assoluta e permanente alla professione. Questa tutela riguarda tutti, senza requisiti minimi di anzianità contributiva.

LTC
Assicurazione per il rischio non autosufficienza che, in aggiunta alla pensione, ti darà un assegno di 1.200 euro al mese esentasse vita naturali durante (se acquistata individualmente questa polizza da sola costerebbe circa 400 euro annui).

REVERSIBILITÀ
La pensione Enpam è reversibile ai familiari che ne hanno diritto, con percentuali maggiori rispetto al sistema Inps. Es: coniuge: 70% della pensione invece del 60%. La pensione è cumulabile con altri redditi. Per gli ortani sono anche previste borse di studio.

PENSIONE
La Quota A non garantisce solo una lunga lista di prestazioni assistenziali: infatti **tutti i contributi versati tornano indietro** sotto forma di pensione (calcolo contributivo o migliore). Sai quanto prenderai? Entra nell'area riservata di www.enpam.it e controlla la tua ipotesi di pensione di Quota A. Moltiplica l'importo annuale per 15 (aspettativa di vita per gli uomini) o 17 (per le donne) e avrai il totale di quanto statisticamente ti restituirà l'Enpam, senza contare quello che pagherà agli eventuali familiari che prenderanno la reversibilità. Sai quanto hai versato nel corso della tua vita professionale? Controlla il tuo estratto conto contributivo, sempre disponibile nell'area riservata.

LA QUOTA A PER ANDARE IN PENSIONE PRIMA
Gli anni di Quota A valgono per andare in pensione con il sistema del cumulo gratuito (es: un dipendente che ha 3 anni di Quota A prima dell'assunzione e 35 anni di carriera in ospedale, ha 3+35=38 anni di anzianità contributiva). Gli studenti che si iscrivono facoltativamente all'Enpam al 5° e 6° anno di università, hanno di fatto due anni di riscatto di laurea (a fronte di un contributo di neanche 10 euro al mese x 2 anni).

QUANTO COSTA IN REALTÀ?
Il contributo di Quota A varia in base all'età. Parte da circa 115 euro all'anno per gli studenti universitari di età inferiore a 30 anni fino a 1551,59 euro per gli iscritti al di sopra di 40 anni. Il costo reale però è più basso perché i contributi previdenziali si deducono integralmente dalle imposte. Esempio: Medico di 50 anni, residente a Roma, con 80mila euro di reddito lordo **apparentemente versa 1.551,59 euro di Quota A** ma nella dichiarazione dei redditi recupera poi 732,82 euro (restituzione o abbattimento del 43% di Irpef, 3,33% di addizionale regionale e 0,9% di addizionale comunale) **costo reale 818,77 euro**.

Quarantena o isolamento? A ciascuno il suo sussidio

Nel vocabolario delle misure anti-Covid c'è una differenza fondamentale tra quarantena e isolamento. La prima condizione dà diritto ad accedere al contributo sostitutivo del reddito erogato da Enpam, mentre l'isolamento di chi è risultato positivo al Covid-19 apre la strada all'inabilità temporanea di Quota B.

IL CONTRIBUTO SOSTITUTIVO

Nei mesi scorsi sono arrivate agli uffici della Fondazione diverse domande da parte di medici e dentisti liberi professionisti per il sussidio di quarantena, accompagnate da certificati di malattia per Covid-19. Richieste che sono state, purtroppo, respinte a causa del probabile fraintendimento tra i termini isolamento e quarantena. L'Enpam, infatti, eroga un contributo sostitutivo del reddito di 82,78 euro al giorno a chi è stato costretto a interrompere l'attività a causa di **quarantena ordinata dall'autorità sanitaria**. Tale chiarimento è coerente a quanto emerge dalla **circolare** del ministero della Salute del 12 ottobre, che specificando la differenza tra i termini *isolamento e quarantena*, aiuta a distinguere le due situazioni diverse. Secondo il documento infatti:

“**l'isolamento** dei casi di documentata infezione da SARS-CoV-2 – si legge nel testo – si riferisce alla separazione delle persone infette dal resto della comunità per la durata del periodo di contagiosità, in ambiente e condizioni tali da prevenire la trasmissione dell'infezione”.
La **quarantena**, invece, secondo il documento del ministero della Salute, “si riferisce alla restrizione dei movimenti di persone sane per la durata del periodo di incubazione, ma che potrebbero essere state esposte ad un agente

infettivo o ad una malattia contagiosa, con l'obiettivo di monitorare l'eventuale comparsa di sintomi e identificare tempestivamente nuovi casi”. Seguendo questa logica, per gli iscritti che sono risultati positivi, e quindi **messi in isolamento**, si apre (dopo il 31 giorno) la strada dell'inabilità temporanea di Quota B.

LE NOVITÀ DELLA CIRCOLARE

Un'altra novità contenuta nel documento ministeriale riguarda i motivi della messa in quarantena e i tempi per “uscirne”. Nel particolare, la quarantena riguarda le persone che hanno avuto **un contatto stretto con un caso di positività confermato e identificato dall'autorità sanitaria**. In caso di contatto stretto per i camici bianchi si aprono due possibilità: un periodo di quarantena di 14 giorni dall'ultima esposizione al caso oppure un periodo di quarantena di 10 giorni dall'ultima esposizione con un test antigenico o molecolare negativo effettuato il decimo giorno.

Per esemplificare la questione, è bene distinguere lo stato di quarantena in assenza di positività, che dà

diritto al sussidio Enpam, dallo stato di positività al Covid-19 che invece è considerato malattia.

ECCEZIONE

Viene trattato come un caso di quarantena anche chi, non essendo positivo al Covid-19, deve isolarsi dalla comunità per eventuali altri motivi stabiliti dalle autorità (es: quando si rientra da determinati paesi e si è isolamento forzato in attesa del tampone).

COME FARE DOMANDA

Per poter ricevere il sussidio di quarantena è indispensabile allegare alla richiesta un documento del proprio medico di famiglia o dell'autorità sanitaria in cui sia indicato esplicitamente il periodo in cui è valida la misura di prevenzione.

La domanda andrà presentata alla fine del periodo di quarantena e quindi di assenza dal lavoro. Il modulo per fare domanda è disponibile al sito web https://www.enpam.it/wp-content/uploads/SussidioSostitutivoRedd_coronavirus_quotaB_Rgpd-4.pdf.

GIANMARCO PITZANTI

Le tutele per Medici e Dentisti affetti da Covid-19 o in quarantena			
	Malattia (tutti i casi in cui il 2° periodo al Covid-19)	Quarantena ordinata dall'autorità sanitaria (non positivi al Covid-19)	Note
Dipendenti pubblici	La retribuzione viene mantenuta.	La quarantena è stata partecipata e ricovero ospedaliero. Anche la retribuzione viene mantenuta.	Vanno Escl.
Medici di medicina generale, di comunità, ospedalieri, emergenza territoriale	Per i primi 30 giorni interviene la polizza per malattia eventualmente stipulata dai singoli interessati; dal 31° giorno interviene l'Enpam.	Enpam ha chiesto che il Servizio sanitario nazionale si faccia carico degli oneri di sostituzione o del mancato guadagno di tutti i medici in regime di convenzione, al pari di quanto accade con i dipendenti. qualora i medici dovessero subire gli oneri di sostituzione o i mancati guadagni, Enpam ha previsto un'indennità giornaliera.	L'indennità Enpam per quarantena è stata introdotta dal Cda Enpam con delibera del 23 marzo 2020.
Psicologi di libera scelta	Per i primi 30 giorni interviene la polizza per malattia eventualmente stipulata dai singoli interessati; dal 31° giorno interviene l'Enpam.	Enpam ha chiesto che il Servizio sanitario nazionale si faccia carico degli oneri di sostituzione o del mancato guadagno di tutti i medici in regime di convenzione, al pari di quanto accade con i dipendenti. qualora i medici dovessero subire gli oneri di sostituzione o i mancati guadagni, Enpam ha previsto un'indennità giornaliera.	L'indennità Enpam per quarantena è stata introdotta dal Cda Enpam con delibera del 23 marzo 2020.
Liberi professionisti	Per i primi 30 giorni interviene la polizza per malattia eventualmente stipulata dai singoli interessati; dal 31° giorno interviene l'Enpam.	Enpam erogherà il sussidio sostitutivo del reddito come previsto nei casi di calamità naturale (82,78 euro al giorno).	È stato pubblicato un modulo specifico per la situazione Covid-19.
Specialisti ambulatoriali	Se a tempo indeterminato: la retribuzione viene mantenuta per i primi 280 giorni, Enpam interviene dal 281° giorno. Se a tempo determinato: Enpam interviene dal 1° giorno di assenza sino a quando il medico ha diritto a percepire l'incarico senza compenso.	Enpam ha chiesto che il Servizio sanitario nazionale si faccia carico degli oneri di sostituzione o del mancato guadagno di tutti i medici in regime di convenzione, al pari di quanto accade con i dipendenti. qualora i medici dovessero subire gli oneri di sostituzione o i mancati guadagni, Enpam ha previsto un'indennità giornaliera.	L'indennità Enpam per quarantena è stata introdotta dal Cda Enpam con delibera del 23 marzo 2020.
Specialisti esteri	Per i primi 30 giorni interviene la polizza per malattia eventualmente stipulata dai singoli interessati; dal 31° giorno interviene l'Enpam.		

Ultimo aggiornamento: 22 ottobre 2020

Il bonus bebè Enpam diventa più grande

Attesa finita per le tutele extra dell'Enpam dedicate ai neogenitori.

Con l'arrivo dell'autunno la Fondazione infatti riapre la possibilità di chiedere il bonus bebè, l'assegno di 1.500 euro per coprire le spese di nido e babysitting nel primo anno di vita del bambino o dell'ingresso del minore in famiglia, in caso di adozione e affidamento.

Le cicogne potranno contare su una dotazione economica più ampia rispetto agli anni passati. Il bando del 2020 infatti ricopre un arco temporale più lungo (i nati nel corso di 23 mesi contro i 17 dei precedenti bandi), dopo un'attesa causata dalla necessità di questi mesi di fare fronte all'emergenza Covid-19.

Il bonus potrà essere chiesto per i bambini nati dal primo gennaio 2019 fino alla chiusura delle domande, stabilita per le 12 del 30 novembre 2020. I nati oltre questo termine verranno ricompresi nel bando del 2021.

Il bonus potrà essere chiesto per i bambini nati dal 1° gennaio 2019 fino al 30 novembre 2020.

SUSSIDIO DOPPIO E TRIPLO

Il sussidio bambino, che si aggiunge all'indennità di maternità, può essere chiesto una sola volta per ciascun figlio. Per i gemelli, come negli anni precedenti, la Fondazione è pronta a staccare un doppio assegno (e, in qualche caso, anche triplo).

Potranno fare richiesta le famiglie con un reddito lordo annuo medio degli ultimi tre anni al di sotto di 53.567,28 euro, cioè 8 volte il minimo Inps (6.695,91 euro). Il tetto aumenta per ogni ulteriore componente del nucleo, escluso chi fa la

domanda: per esempio, in una famiglia di tre persone, contando il papà e il neonato l'importo sale a 66.959,1 euro.

Più tutelate le famiglie con invalidi che potranno contare su un tetto di reddito ancora più favorevole (l'incremento del tetto reddituale per un componente invalido all'80 per cento è di 13.391,82 euro).

Il bonus dell'Enpam non è compatibile con sussidi analoghi di altri enti pubblici o privati (come ad esempio il bonus nido Inps). Non ci sono invece conflitti con altre forme di sostegno, come per esempio il bonus bebè Inps (assegno di nascita).

STUDENTESSE MAMME

Se la cicogna arriva durante il corso di laurea le universitarie che si sono

iscritte all'Enpam hanno diritto a un assegno di maternità di circa 5mila euro.

Oltre al sussidio anche le mamme universitarie potranno fare domanda per il bonus bebè.

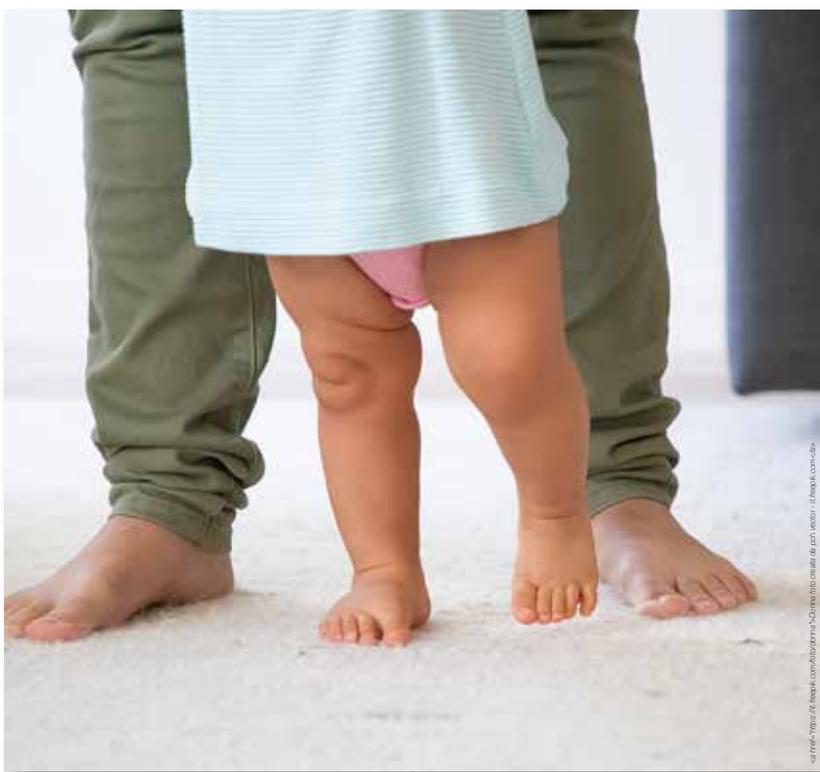
COME FARE DOMANDA

La domanda va fatta dall'area riservata del sito Enpam. Il bando si aprirà alle 12 del 26 ottobre e si chiuderà alle 12 del 30 novembre 2020.

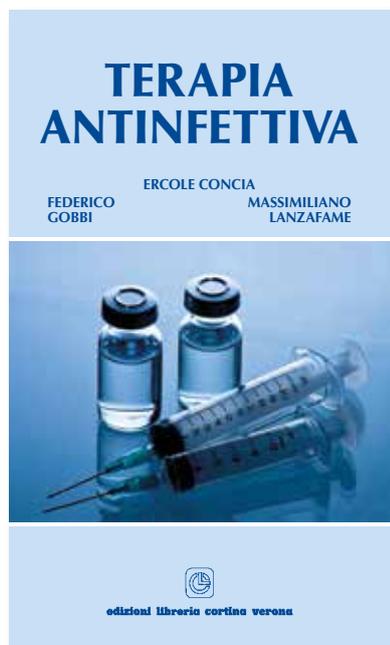
COPPIE OMOSESSUALI

La Fondazione sta inoltre lavorando per estendere in futuro il bonus anche ai genitori omosessuali in caso di adozione anche alla luce degli orientamenti della Cassazione.

LAURA MONTORSELLI



Terapia Antinfettiva



INTRODUZIONE

Negli ultimi anni si è assistito, nell'ambito della terapia antinfettiva, a un costante incremento delle resistenze sia nella patologia di comunità che, soprattutto, nei reparti ospedalieri. Anche nelle lungodegenze per anziani si ritrovano, con frequenza crescente, batteri multiresistenti. A fronte di questa evoluzione delle resistenze si riscontra un netto decremento nella ricerca e nella commercializzazione di nuovi antibiotici. Solo negli ultimi anni sono stati commercializzati alcuni farmaci attivi anche su batteri multiresistenti.

È comunque fondamentale che i medici utilizzino al meglio i vecchi e i pochi nuovi farmaci sia in terapia che in profilassi. La terapia antinfettiva, sia essa empirica o mirata,

deve essere basata su dati microbiologici, farmacologici e clinici. Le recenti conoscenze di farmacocinetica e farmacodinamica hanno consentito di ottimizzare la posologia e il ritmo di somministrazione degli antinfettivi.

Non si devono dimenticare, nel contesto dei criteri di scelta, le conoscenze di farmaco economia, nonché l'impatto degli antibiotici sulla ecologia dell'ospedale. Il nuovo testo che abbiamo approntato rappresenta una revisione della terapia empirica degli antinfettivi e della profilassi antibiotica ed è rivolto sia ai medici che operano sul territorio che a quelli che lavorano in ospedale.

ERCOLE CONCIA, FEDERICO GOBBI
MASSIMILIANO LANZAFAME

SERVIZI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI DI VERONA

OFFERTI AGLI ISCRITTI

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

CONSULENZA LEGALE (Avv. Donatella GOBBI)

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

CONSULENZA MEDICO LEGALE (Dott.ssa Federica BORTOLOTTI)

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

CONSULENTE FISCALE (Dott.ssa Graziella MANICARDI)

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

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

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

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

Covid-19 DA UNA NUOVA MALATTIA L'OCCASIONE PER UNA NUOVA MEDICINA. Storie di cura e del virus che insegnò a cooperare

La comparsa dell'infezione da **SARSCoV-2** e della malattia ad essa correlata, **Covid-19**, ha portato i Medici di Famiglia del Veneto, della Lombardia, del Piemonte e di altre regioni, a riunirsi tramite una serie di webinar dove si potessero scambiare diffusamente letture, esperienze, opinioni e osservazioni sulla pandemia e sulla gestione e cura dei pazienti, coinvolgendo anche colleghi ospedalieri e del mondo universitario.

Il testo ha visto la collaborazione di **58 autori e mostra lo stato dell'arte dell'infezione da SARS-CoV-2 e la gestione della malattia correlata** nelle sue più varie sfaccettature **cliniche, diagnostiche e terapeutiche** in modo puntuale e aggiornato.

È di scorrevole lettura, molto chiaro e ben strutturato tanto che sia uno **specialista del settore**, sia un **medico**, sia uno studente, ma anche un **semplice lettore** possono trovare un'aggiornata disanima dell'argomento.

Questo libro è il segno tangibile che la **collaborazione fra la Medicina del territorio, la Medicina Specialistica e l'Università** è possibile, è realizzabile, e porta a grandi risultati.

Il gruppo fa capo al "Centro Studi" della **FIMMG** di Verona ed è coordinato da **Sandro Giroto**, sotto la guida scientifica di **Ercole Concia** (già Ordinario di Malattie Infettive dell'Università di Verona), **Gio Batta Gottardi** (MMG di Bassano del Grappa) e **Claudio Micheletto** (direttore della Pneumologia della AOUI Verona).

L'opera, in **aggiornamento periodico**, è volta a migliorare la prepa-

razione scientifica di tutti i medici di medicina generale, passaggio indispensabile per mantenere uno standard culturale elevato del S.S.N. e, di conseguenza, poter garantire prestazioni di qualità ai Cittadini.

PIANO DELL'OPERA

Introduzione

Carlo Rugiu

Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Verona

Capitolo 1

- 1.1. Il settimo sigillo pandemico
- 1.2. Ripensare la malattia illness e sickness in tempo di Covid-19
- 1.3. Aspetti etici e sociali



Capitolo 2

- 2.1. Profilo molecolare del coronavirus SARS-CoV-2
- 2.2. La malattia da coronavirus
- 2.3. Diagnosi microbiologica
- 2.4. Imaging polmonare
- 2.5. Il nuovo Coronavirus in pediatria
- 2.6. La riabilitazione della persona reduce da malattia da Covid-19

Capitolo 3

- 3.1. Prevenzione secondaria: misure contumaciali, prevenzione individuale, consigli per l'entourage familiare
- 3.2. Prevenzione ambientale: mezzi e strumenti di protezione del medico e dell'infermiere/organizzazione per le visite a domicilio
- 3.3. La Covid Unit del pronto soccorso, interfaccia tra ospedale e territorio

Capitolo 4

- 4.1. Medicina territoriale e dipartimento di sanità pubblica. Considerazioni di riorganizzazione sanitaria nella fase post-epidemica
- 4.2. Strategie cliniche di management domiciliare in medicina generale
- 4.3. Il trattamento a domicilio
- 4.4. Terapia in ambiente ospedaliero

Capitolo 5

- 5.1. Un abituale accesso allo studio del medico di medicina generale ai tempi del Covid-19
- 5.2. Riorganizzazione della Continuità Assistenziale (Guardia Medica)
- 5.3. La Riorganizzazione dell'ospedale
- 5.4. Nuova collaborazione ospedale territorio
- 5.5. Il medico di assistenza primaria nelle residenze sanitarie assistenziali
- 5.6. One health: uomo, animali, ambiente
- 5.7. I sistemi informativi.