

# VERONA MEDICA

**Trimestrale di informazione medica**

In questo numero:

**Stati generali della professione medica:  
100 tesi per discutere il medico del futuro ..... pag. 20**

**Intelligenza Artificiale ..... pag. 33**

**Legge di Bilancio: articoli di interesse  
per i medici e gli odontoiatri ..... pag. 26**

**Fnomceo lancia il primo corso Ecm  
sul nuovo Coronavirus ..... pag. 46**

## VERONA MEDICA

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

Anno LV n. 1 MARZO 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](http://www.omceovr.it)

**Direttore Responsabile**  
Roberto Mora

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

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

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

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

**Revisore dei Conti Supplente**  
Andrea Bonetti

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

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

**Foto di Copertina**  
Paolo Mora  
*Tulipani*

### 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** Covid 19

## NOTIZIE DALL'ORDINE

**5** Verballi del Consiglio e delle Commissioni

## ALBO ODONTOIATRI

**10** Verballi della Commissione Odontoiatri

## LETTERE

**12** Storie e verità sui compensi Enpam

## CONVEGNI E CONGRESSI

**15** Corso superiore di geriatria

## AGGIORNAMENTO

**16** Classificazione del Dolore

## BIOETICA E MEDICAL HUMANITIES

**20** Stati generali della professione medica:  
100 tesi per discutere il medico del futuro

## PROFESSIONE E LEGGE

**25** Decreto Fiscale 157/2019:  
le novità per i professionisti

**26** Legge di Bilancio: articoli di interesse  
per i medici e gli odontoiatri

**30** Banca Nazionale per le DAT

**31** Suicidio assistito. Gli indirizzi applicativi  
all'art. 17 del codice deontologico

## ATTUALITÀ

**32** Morire di Rabbia al tempo del Coronavirus

**33** Intelligenza Artificiale

**35** Il testamento del Dottor Li Weng Liang

**36** In memoria del Professor Luciano Vettore

**38** Istituita la Consulta delle professioni sanitarie

## STORIA DELLA MEDICINA

**39** Giuseppe Ganz, un medico in fuga

## FNOMCeO

**46** Fnomceo lancia il primo corso Ecm  
sul nuovo Coronavirus

**47** Triennio 2020 - 2022: obbligo formativo ECM

## ENPAM

**48** Quanto costano gli organi  
collegiali dell'Enpam

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
<b>Martedì</b>	<b>dalle ore</b>	<b>13,00</b>	<b>alle ore</b>	<b>17,00</b>
Mercoledì	CONTINUATO dalle ore	9,00	alle ore	17,00
<b>Giovedì</b>	<b>dalle ore</b>	<b>13,00</b>	<b>alle ore</b>	<b>17,00</b>
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.

# Covid 19

Di epidemie, me ne ricordo più di una. La prima quella di Asiatica. Poi è arrivata anche la russa e l'aviaria.

Da giovane medico ho visto anche epidemie di varicella e morbillo. Quella di oggi è provocata dal Covid 19, e sicuramente rimarrà negli annali della medicina. Nessuno è immune e siccome si sta diffondendo in tutto il mondo si comincia a parlare di pandemia.

Quella di "spagnola" si diffuse tra il 1918 ed il 1920. Colpì quasi 500 milioni di persone (ma a quei tempi eravamo meno di due miliardi). Quel virus uccise tra il 3% ed il 5% di tutta la popolazione mondiale. Più di quanti ne aveva ucciso la guerra.

Sono passati 100 anni e rispetto ad allora la medicina ha fatto progressi, ma contro il Covid 19 non ci sono cure. Per il vaccino si dovrà aspettare almeno un anno e al momento le uniche armi efficaci sono l'isolamento e la quarantena.

Il virus è venuto dalla Cina e per questo i primi a entrare in crisi sono stati i ristoranti cinesi; adesso che i malati sono italiani tocca ai nostri e con loro alla nostra economia. Interi paesi sono in quarantena.

La paura dell'isolamento ha spinto la gente a fare scorte alimentari e mentre bar e ristoranti sono in crisi, gli affari li hanno fatti i supermercati.

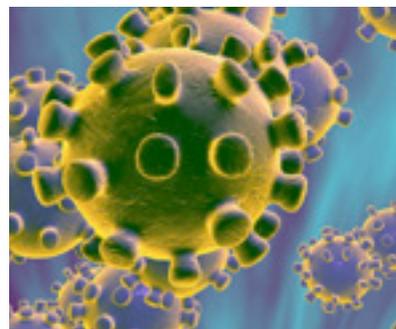


leri mi ha avvicinato, per strada, Eleonora. Con lei avevo avuto qualche "scontro" per le sue idee sui vaccini. Mi ha chiesto se potrà arrivare il vaccino. Le ho chiesto se si era convertita alla "scienza". Piccata mi ha risposto che di coronavirus si può morire. Vuoi vedere che l'epidemia riesce a convertire i No-vax!

Per la paura del contagio la gente ha fatto incetta di disinfettanti e mascherine. Queste ultime sono diventate introvabili e quelle che si trovano hanno prezzi spropositati.

Crollano le borse e le stime di crescita economica sono al ribasso; tranne le azioni di chi è impegnato a cercare un vaccino. In questi giorni la notizia che il virus è arrivato anche negli USA. Scopriamo che da loro fare un tampone costa qualche migliaio di dollari per cui sarà difficile provvedere con le misure che da noi sono ormai quotidianità. Il gigante dell'economia scopre la sua debolezza sul versante della salute. E trema perché è impreparato. Forse più impreparato di noi che possiamo contare sul nostro SSN che dicono sia uno dei migliori del mondo. Se non altro da noi la gente il tampone e le cure le riceve anche se non ha l'assicurazione e se manca della carta di credito.

Ora i giornali ci elogiano, siamo diventati gli eroi che sfidano l'epidemia. Dov'è finita la nostra malasanità?



Di oggi la notizia che verranno assunti almeno 5.000 medici e 20.000 infermieri. Forse una parte di quel personale avrebbero potuto darcelo anche prima...!

Qualche sera fa l'assemblea FIMMG si è fatta per streaming. Vi ha partecipato anche un medico che era in isolamento fiduciario. Abbiamo scoperto che le dotazioni mancano. Scarseggiano mascherine e camici monouso e che i nostri ambulatori non sono preparati a isolare chi dovesse presentarsi malato.

Ci si è fatto coraggio a vicenda, scoprendo che se mancano i mezzi, non manca l'abnegazione e la disponibilità. Scoprendo che medici, infermieri e personale sanitario sono tutti pronti e disponibili, negli ambulatori, nei pronto soccorso, sulle ambulanze, nelle corsie degli ospedali.

Che nessuno si tirerà indietro. In prima linea, come i nostri soldati sul fronte e nelle trincee ai tempi della spagnola.

Anche se le armi ed i mezzi saranno quelli che ci hanno fornito i generali... che in trincea non c'erano perché se ne tenevano lontani. Ricordandoci che dopo Caporetto arrivò il Piave e Vittorio Veneto e che, come allora, ognuno farà la sua parte.

Nella speranza che poi ci si ricordi che da noi non si costruisce un ospedale in dieci giorni e che la salute della gente è non solo un bene irrinunciabile, ma anche un investimento. Non soltanto un costo.

ROBERTO MORA

# Verbali del Consiglio e delle Commissioni

**VERBALE DELLA RIUNIONE  
DI CONSIGLIO  
DEL 22 OTTOBRE 2019**

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

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

**Assenti giustificati:** Peruzzini, Mirandola, Guglielmi.

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

## 1) LETTURA ED APPROVAZIONE VERBALE PRECEDENTE:

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

## 2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

Il Presidente dà lettura della lettera di elogi per il signor Cerioni e la signora Maffioli ricevuta dal Dott. Ioppi, Presidente OMCeO di Trento, in merito all'attività da loro prestata in occasione dell'espletamento del concorso presso l'Ordine di Trento.

Il Presidente relaziona sulla riunione avvenuta presso la sede dell'Ordine con le varie rappresentanze sindacali provinciali, sottolineando l'utilità e l'importanza di questi incontri per sentire le criticità, i suggerimenti e le

istanze proposte dalle varie componenti della sanità Veronese. Auspica altresì che questi incontri vengano ripetuti periodicamente.

Il Presidente relaziona sulla riunione avvenuta presso la sede dell'Ordine con Amministratori locali, Sindaci, Consiglieri Regionali Rappresentanti della conferenza dei Sindaci, Rappresentanti della AULSS 9 Scaligera e MMG sul tema "Criticità della Medicina Generale nel territorio della provincia di Verona".

Il Presidente chiede alla nostra addetta Stampa Dott.ssa Laura Perina di illustrare le modalità di realizzazione, gestione e pubblicazione della nuova pagina Facebook dell'Ordine. Segue dettagliata relazione. Nell'ambito della successiva discussione collegiale danno la disponibilità a collaborare alla gestione ed aggiornamento della pagina la Dott.ssa Musso, la Dott.ssa Tomezzoli ed il Dott. Luciano.

Il Presidente informa di avere incaricato i colleghi Dott.ssa Boscagin e Dott. Marchioretto di affrontare le problematiche inerenti la riorganizzazione del personale di segreteria in vista del pensionamento del Revisore Legale Signor Cerioni.

Il Presidente informa di aver affidato alla Tesoriera il compito di rivedere eventuali contratti in scadenza e collaborazioni con Professionisti esterni all'Ordine.

Il Presidente informa che nei giorni scorsi ha ricevuto alcune mail nelle quali veniva segnalato che, al Cinema K2, in attesa della proiezione compariva una pubblicità patrocinata dal Comune di Verona riguardante uno "sportello dedicato alle denunce dei cittadini non soddisfatti dell'operato dei medici". Nell'ambito del messaggio pubblicitario tre avvocati consiglieri dell'Ordine degli Avvocati fornivano informazioni per promuovere questo sportello ed incitare i cittadini ad aderire.

Il Presidente informa di avere già incaricato l'avvocato Gobbi di informarsi e chiedere spiegazioni all'Ordine degli Avvocati in merito a quanto segnalato.

Il Dott. Rugiu chiede inoltre l'autorizzazione al Consiglio di poter, eventualmente, trattare l'argomento direttamente con il Sindaco di Verona.

## 3) APPROVAZIONE BILANCIO PREVENTIVO 2020

La Tesoriera D.ssa Pastori, illustra le poste di bilancio entrate ed uscite riguardanti l'esercizio finanziario 2018, fa presente che tramite la segreteria, sono state recuperate notevoli somme riguardanti quote non pagate da colleghi morosi. Pone quindi ai voti il bilancio consuntivo 2018 il quale viene approvato all'unanimità.

A seguire, illustra con dovizia di particolari, le poste contabili riguardanti le voci di entrata ed uscita del preventivo per il 2020 e considerato il notevole avanzo di amministrazione previsto per l'anno 2019, ritiene di chiedere al consiglio la riduzione delle quote di iscrizione riducendole a € 100 per i colleghi fino all'età di anni 35 (l'anno scorso la quota era stata ridotta per gli under 30). Propone quindi di introdurre per il futuro una mora per i colleghi che non avessero provveduto al versamento della quota di iscrizione annuale entro il mese di giugno di ogni anno, un importo pari al 10% della quota dovuta. Chiede altresì visto che in scadenza ci sono delle collaborazioni nei confronti dell'Ordine, di fare una valutazione per l'affidamento di incarichi come ad esempio consulente del lavoro e l'acquisto di macchine per ufficio "fotocopiatrici-server -stampanti - e computer - mobili per ufficio nonché la tinteggiatura dei locali. Il consiglio approva all'unanimità.

## 4) GIORNATA DL MEDICO E DELL'ODONTOIATRA

Il Dott. Rugiu comunica che alle ore 10.00 del giorno 9 novembre 2019 è programmata l'assemblea annuale degli iscritti nella sala Fazzini dell'Ordine avente per oggetto "relazione del Presidente presentazione bilancio consuntivo 2018 e preventivo 2020, a seguire nel pomeriggio con inizio alle ore 16.00 si terrà nel palazzo della Gran Guardia la Giornata del Medico e dell'Odontoiatra, auspica in tal senso la partecipazione di tutto il Consiglio.

## 5) NOMINA DEL RESPONSABILE UNICO SUI PROCEDIMENTI

Il Presidente, tenuto conto che il Revisore Legale Paolo Cerioni in data 30 novembre lascerà il suo incarico presso l'OMCeO di Verona e avendo l'incarico di RUP (responsabile unico dei procedimenti), si rende necessaria la sua sostituzione, chiede ai presenti la disponibilità per candidarsi. Il consiglio propone che l'incarico di RUP venga assegnato alla segretaria Rosanna Maffioli la quale avendo l'incarico di RPCT dovrà dimettersi da tale ruolo; per ricoprire quindi l'incarico vacante di RPCT ha offerto la sua candidatura il Dott. Francesco Bovolin. Il consiglio approva.

## 6) DELIBERE AMMINISTRATIVE: DELIBERA AGGIUDICAZIONE SERVIZIO DI CATERING PER LA GIORNATA DEL MEDICO

In merito all'aggiudicazione del servizio di catering, per la giornata del Medico e dell'Odontoiatra che si terrà il giorno 9 novembre, il tesoriere espone le offerte pervenute dalle seguenti ditte:

**BURRO E SALVIA - CHEF PARTY - EVENTI SCAPIN - LESSINIA - MAI SRL** la commissione con la presenza del RUP esaminate le offerte, ha deciso di aggiudicare il servizio alla ditta **MAI srl**, la quale, seppur essendoci una minima differenza, è risultata con il prodotto e la presentazione migliore.

## 7) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

### MEDICI - CHIRURGHI

#### Iscrizioni Neo-Abilitati:

Dott. VILLANI Federico  
Dott. WEDMANN Max Fabian

#### Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. ANTONINI Francesco da Roma  
Dott. GOGLIA Antonello da Gorizia  
Dott.ssa GRECO Carmen Adriana da Omceo Foggia  
Dott.ssa SIMONCIONI Maria Chiara da Omceo Bolzano  
Dott.ssa STORATO Silvia da Omceo Vicenza  
Dott. TUBARO Alessandro da Omceo Bolzano

#### Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. BONETTO Jacopo  
Vs Omceo Bolzano  
Dott.ssa RACASI Anna  
Vs Omceo Vicenza

#### Cancellazioni per decesso:

Dott. BRAGANTINI Pierluigi  
Dott. GARZOTTO Nicola  
Dott. VESENTINI Raffaele

#### Cancellazioni su richiesta:

Dott. CAVALERI Furio  
Dott. CIPRIANI Andrea  
Dott. FANTINATI Flavio  
Dott. GERARD Leonardo  
Dott. FRACASTORO Gerolamo  
Dott.ssa MAZZUCCO Sara  
Dott.ssa SPILLER Marina Cristina

### ODONTOIATRI

#### Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. D'ALEMA Massimo  
da Omceo Chieti  
Dott. GABRIELLI Alessandro  
da Omceo Mantova

#### Cancellazioni su richiesta:

Dott. CAVALERI Furio  
Dott. FANTINATI Flavio

#### Cancellazioni per decesso:

Dott. VESENTINI Raffaele

approvate all'unanimità

## 8) VARIE ED EVENTUALI

Il Dott. Salvatore, propone di inviare un'indagine conoscitiva ai giovani medici con preventiva autorizzazione da parte del DPO, il Presidente ritiene che tale iniziativa venga riproposta per l'anno 2020.

## 9) RELAZIONI ISTRUTTORIE

n. 3 non dar luogo  
n. 1 apertura e sospensione procedimento in attesa esito.

La seduta di consiglio Termina alle ore 22.25

Il Presidente *Dott. Carlo Rugiu*  
Il Segretario *Dott. Fabio Marchioretto*

## VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 10 DICEMBRE 2019

**Consiglieri presenti:** *Rugiu, Marchioretto, Pastori, Orcalli, Facincani, Peruzzini, Salvatore, Accordini, Boscagin, Bovolin, Musso, Carrara, Elio.*

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

**Assenti giustificati:** *Guglielmi, Cordioli, Mirandola, Cirillo.*

**Partecipano alla riunione del Consiglio:** *la funzionaria amministrativa Maffioli, l'avvocato Gobbi.*

## 1) LETTURA E APPROVAZIONE VERBALE PRECEDENTE:

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

## 2) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

### MEDICI - CHIRURGHI

#### Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. LULLI Gianni da Omceo Latina  
Dott. MILAN Mariano da Omceo Vicenza  
Dott.ssa ZINNA Mariaconcetta da Omceo Salerno

#### Cancellazioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott.ssa BIANCHI Maria Rachele Vs Omceo Trieste  
Dott. BISSOLI Sergio Vs Omceo Belluno  
Dott. CARPEGGIANI Guilherme Vs Omceo Sondrio  
Dott. PINALI Elena Vs Omceo Trento  
Dott.ssa VISCONTI Serena Vs Omceo Napoli

#### Cancellazioni per decesso:

Dott. BUFFATTI Pietro  
Dott. CORDIOLI Licio  
Prof. CHIEREGO Guido  
Dott. DELAINI Pierluigi  
Dott. FINI Matteo  
Dott. NICOLIS Alberto  
Dott. PIERI Riccardo  
Prof. ZERBINI Ennio

## Cancellazioni su richiesta:

Dott. DONATI Enzo  
 Dott. BROUSSARD Alfredo  
 Dott. FAVETTA Flavio  
 Dott. FOSTINI Roberto  
 Dott. GALETTO Gianfranco  
 Dott. GARDINALE Albino  
 Dott. GURRIERI Giovanni  
 Dott. MOSCHETTA Graziano  
 Dott.ssa PAPAGRIGORAKI Anastasia  
 Dott. SPAGNOL Stefano  
 Dott. TIRELLO Maurizio  
 Dott. ZAMO' Alberto

## Variazione

### codice fiscale:

Dott. BADONA MONTEIRO  
 Gerardo

### Doppia iscrizione:

Dott. PERINA Giancarlo

## ODONTOIATRI

### Iscrizioni Neo-Abilitati:

Dott.ssa BONIFACI Carlotta  
 Dott. PIUBELLO Daniele  
 Dott. POSCOLERE Alessandro  
 Dott.ssa URBANI Giada  
 Dott.ssa ZAMBONI Irene

### Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. FERLIN Paolo  
 da Omceo Rovigo  
 Dott. LULLI Gianni  
 da Omceo Latina  
 Dott. MILAN Mariano  
 da Omceo Vicenza

### Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. PINALI Elena Vs Omceo Trento

### Cancellazioni per decesso:

Dott. CORDIOLI Licio  
 Dott. GABRIELLI Evio

### Cancellazioni su richiesta:

Dott. CHINCARINI Carlo Alberto  
 Dott. FAVETTA Flavio  
 Dott. MEGIGHIAN Giovanni Dicran

### Iscrizione Stp:

Perio Team S.t.p.srl

Le iscrizioni e cancellazioni vengono approvate all'unanimità.

## VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 18 DICEMBRE 2019

**Consiglieri presenti:** *Rugiu, Cordioli, Marchioretto, Pastori, Peruzzini, Salvatore, Mirandola, Elio, Orcalli.*

Il Presidente constatato il numero legale alle ore 18.00, procede alla comunicazione dei nominativi dei medici da cancellare per morosità ed irregolarità.

### 1) CANCELLAZIONI PER MOROSITÀ ED IRREPERIBILITÀ

#### MEDICI - CHIRURGI

#### Cancellazioni per morosità ed irreperibilità:

n. 4

#### ODONTOIATRI

#### Cancellazioni per morosità ed irreperibilità:

n.1

La commissione presente approva all'unanimità la cancellazione.

## VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 22 OTTOBRE 2019

**Consiglieri presenti:** *Rugiu, Cordioli, Pastori, Marchioretto, Guglielmi, Orcalli, Salvatore, Peruzzini, Musso, Accordini, Facincani, Carrara, Mirandola, Elio, Cirillo, Bovolín, Boscagin.*  
**Revisori dei Conti:** *Bertaso, Bonetti, Braga.*

**Assenti giustificati:** *Tomezzoli.*

**Partecipano alla riunione del Consiglio:** *la funzionaria amministrativa Maffioli, l'avvocato Gobbi.*

### 1) LETTURA ED APPROVAZIONE VERBALI PRECEDENTI:

Il Presidente pone ai voti l'approvazione dei verbali precedenti che vengono approvati.

### 2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

Il dott. Rugiu comunica che sono in programma alcuni congressi ed eventi di interesse ordinistico: il 25 gennaio a Lonigo convegno organizzato dall'OMCEO di Vicenza e di Verona sul tema dei PFAS. Congresso ICT a Cortina dal 13 al 16 febbraio organizzato dall'OMCEO di Rovigo-Belluno e Trieste; il 7 marzo in collaborazione con l'Assessorato alle pari opportunità, congresso dal titolo "Nascere a Verona"

Il Presidente segnala un articolo apparso sul Corriere di Verona sul tema delle Disposizioni anticipate di trattamento DAT e ricorda come il nostro Ordine Professionale sia impegnato con varie iniziative su questo importante argomento

Il Presidente esprime l'istanza, sentita e condivisa, di individuare una persona all'interno del Consiglio che abbia capacità e competenze per partecipare alla gestione del nostro portale WEB implementando i contenuti, controllando la trasparenza e l'attualità delle informazioni pubblicate anche interfacciandosi con l'adde-  
 ta stampa Dott.ssa Perina e con i tecnici dell'azienda Asten; la dottoressa Annamaria Musso, già coinvolta nella gestione della pagina Facebook, viene indicata come possibile candidata insieme a chiunque altro fosse disponibile a tale incarico; in tale contesto gli odontoiatri hanno già identificato il dott. Umberto Luciano per tale ruolo in riferimento ai contenuti di interesse odontoiatrico

Il Presidente comunica che la prof. ssa Ruggeri ha proposto - considerando che è venuto a mancare il dott. Nosè - di poterlo sostituire con il prof. Lorenzo Burti nella commissione per gli psicoterapeuti: il Consiglio approva.

Interviene il dott. Bovolín, il quale comunica, come responsabile RPCT, di aver bisogno della collaborazione di tutti all'interno dell'OMCEO. Egli propone la soglia minima 5000 euro per acquisti e forniture senza affidamento: il consiglio approva, Bovolín continua dicendo che l'amministrazione Trasparente ha bisogno di un controllo ed invita quindi il consiglio a monitora-

re la sezione del sito "amministrazione trasparente" e dare suggerimenti e consigli; Bovolini ha consegnato a tutti i componenti del consiglio un documento sul "codice di comportamento" e chiede che al prossimo consiglio venga restituito firmato, chiede inoltre che l'assicurazione per rischi derivanti dall'incarico RPCT venga trasferita a suo nome: Il consiglio approva.

Il presidente comunica che con il pensionamento di Paolo Cerioni si è aperta una posizione vacante all'interno della segreteria e che, prima di guardare all'esterno per coprire questa posizione, ha parlato con Rosanna Maffioli invitandola a considerare la possibilità di voler ricoprire questo incarico chiedendole di comunicare al rientro dalle festività Natalizie se fosse disposta ad accettare la proposta. Preso atto della risposta positiva della signora Maffioli, egli aggiunge che la Sig.ra Maffioli avrà bisogno di aiuto e collaborazione e a tale riguardo informa che di aver incaricato il Segretario ad occuparsi della riorganizzazione della segreteria. Il Consiglio approva.

### 2) VARIE ED EVENTUALI

Il Presidente passa la parola all'addestra stampa, dott.ssa Laura Perina, la quale presenta una sintesi della sua attività nel corso dell'anno 2019, facendo una carrellata dei vari comunicati stampa, articoli pubblicati, interviste al Presidente etc Ricorda che la pagina facebook è attiva e visitata da molti iscritti. Il Presidente e tutto il Consiglio plaudono all'impegno e ai conseguenti risultati derivati dal lavoro della dott.ssa Perina

### 3) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

#### MEDICI - CHIRURGI

##### Iscrizioni Neo-Abilitati:

Dott. ANDONI Genti  
Dott.ssa TABACARI Lucia

##### Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. DI GERONIMO Michele da Omceo Trento  
Dott.ssa MARIOTTO Alice da Omceo Brescia  
Dott.ssa MOTTA Ilaria da Omceo Ferrara  
Dott.ssa NEAMTU Alina da Omceo Pisa  
Dott.ssa STEFANI Lisa da Omceo Venezia

##### Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. ATZEI Andrea Vs Omceo Treviso  
Dott. MOLLO Francesco Vs Omceo Brescia  
Dott. MORANA Giovanni vs Omceo Treviso  
Dott.ssa TODESCO Tiziana vs Omceo Trento

##### Cancellazioni per decesso:

-Dott. NOSE' Flavio  
-Prof. SZIJARTO Antonino  
Cancellazioni su richiesta:  
-Dott.ssa BENEDETTI Silvia

##### Cancellazioni su richiesta:

Dott. CAVALERI Furio  
Dott. CIPRIANI Andrea  
Dott. FANTINATI Flavio  
Dott. GERARD Leonardo

Dott. FRACASTORO Gerolamo  
Dott.ssa MAZZUCCO Sara  
Dott.ssa SPILLER Marina Cristina

#### ODONTOIATRI

##### Iscrizioni Neo-Abilitati:

Dott.ssa BELLE' Camilla  
Dott.ssa BRUN Valentina  
Dott. CATALANO Fabio  
Dott.ssa DE GRAAFF Natasja  
Dott. MODENA Nicolo'  
Dott. ssa POPA Andra Isabela  
Dott.ssa PRADAL Giulia  
Dott.ssa RIGON Chiara

##### Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. DI GERONIMO Michele da Omceo Trento

##### Cancellazioni per trasferimento ad altro Ordine:

Dott. MOLLO Francesco Vs Omceo Brescia  
Dott. TIAN Carlo Vs Omceo Brescia

Cancellazioni su richiesta:

-Dott. SEGATTINI Claudio

### 4) RELAZIONI ISTRUTTORIE

Il presidente prima di procedere alla lettura delle relazioni istruttorie, invita ad uscire i Revisori dei Conti, il dott. Bovolini, la dott.ssa Boscagin.

n. 2 non dar luogo a procedere

Alle ore 20.15 la seduta termina

Il Presidente *Dott. Carlo Rugiu*

Il Segretario *Dott. Fabio Marchioretto*

## 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.

# English from the doctor to the patient



## CORSI DI INGLESE TARGETTIZZATI

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

**SHENKER VERONA**

Corso Porta Nuova, 20 - T. 045 8004421

[www.shenker.com](http://www.shenker.com)



**shenker**  
SINCE 1956

DESIGN YOUR  
INTERNATIONAL SELF

# Verbali della Commissione Odontoiatri

## VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 13 NOVEMBRE 2019

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

### COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

- Prende la parola il Dott. Bovolin che illustra un articolo comparso sul portale "Odontoiatria 33" riguardante le spese sostenute per la pubblicità sanitaria. L'articolo 9bis della legge 175/92 prevede che gli esercenti le professioni sanitarie possono effettuare la pubblicità nelle forme consentite dalla legge nei limiti di spesa del 5% del reddito dichiarato per l'anno precedente.
- La Presidente informa i presenti sulla circolare FNOMCeO n. 128 – decisioni commissione centrale. che riprende l'argomento relativo alla prescrizione dei procedimenti disciplinari che ribadisce che il termine quinquennale della prescrizione ricorre dalla data in cui l'ente ha avuto materiale conoscenza dei fatti.
- La Presidente espone il caso relativo alla pubblicità sanitaria effettuata dal Policlinico riportante il nominativo della Dott.ssa QQ, Direttore Sanitario, iscritta presso questo Albo di Verona. Non vengono rilevate criticità.
- Assemblea presidenti CAO Roma e Convegno "Odontoiatria, Eccellenza Italiana" che si terrà il 13 e 14 dicembre prossimo. La Presidente relaziona i presenti sul programma e raccoglie le adesioni.

Il Dott. Bovolin lascia la riunione alle ore 18.20 per impegni istituzionali.

- La Presidente informa di una segnalazione pervenuta da dott.ssa WW su un cartellone di YYYYY riguardante le sedi di Verona e Villafranca ove non compare il nominativo del Direttore Sanitario. La Cao delibera di informare i comuni competenti perché attivino le procedure atte a sospendere l'autorizzazione all'esercizio.
- La Presidente informa i presenti che è pervenuta segnalazione da parte del Dott. HH riguardante pubblicità di una struttura sanitaria denominata "JJJJJJJ" il cui Direttore Sanitario risulta essere iscritto all'Ordine di Brescia. Viene deliberato di convocare il Sanitario e contestualmente informare il Presidente CAO di Brescia.

### RELAZIONI ISTRUTTORIE:

Vengono esaminate  
4 relazioni istruttorie

## VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 10 DICEMBRE 2019

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

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

### COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

1. Il Presidente informa di aver inviato ai presenti copia dell'intervista

che il Dott. Iandolo ha rilasciato a Dental Tribune. Ne vengono esposti i punti principali.

2. Il Presidente relaziona sulla sentenza del Consiglio di Stato che ha respinto il ricorso presentato dal Comune di Sarzana avverso la Commissione Albo Odontoiatri dell'OMCeO di La Spezia, la quale aveva richiesto la sospensione dell'esercizio di una struttura odontoiatria che aveva effettuato pubblicità sanitaria su alcuni quotidiani omettendo il nominativo del direttore sanitario. La CAO esprime piena approvazione per l'esito della vicenda.
3. Segnalazione Società X – Il Presidente ripercorre il caso relativo alla segnalazione della Signora F. e informa che i comuni di Verona e Villafranca hanno recepito la segnalazione e attivato il procedimento amministrativo richiesto (sospensione dell'autorizzazione all'esercizio). La CAO resta in attesa degli esiti relativi. Il Presidente informa anche che i direttori sanitari dei due centri sono stati invitati a colloquio. Il Dott. HH ha inviato, nel frattempo, copia della lettera con cui disdice, alla società di gestione, la pubblicità sanitaria di cui trattasi.
4. Il Presidente riceve dalla CAO di Padova segnalazione su pubblicità sanitaria comparsa su Instagram relativa all'Ambulatorio Odontoiatrico Y. Sulla pagina FB dell'Ambulatorio Odontoiatrico Y sono state rilevate alcune pubblicità promozionali. Viene deliberato di invitare a colloquio per chiarimenti il Dott. WW – Direttore Sanitario.

### RELAZIONI ISTRUTTORIE:

Vengono prese in esame cinque relazioni istruttorie. Esitano nell'archiviazione di due casi esaminati mentre gli altri tre verranno seguiti e riesaminati una volta ottenuti documenti richiesti nel merito e non ancora ricevuti.

### PROCEDIMENTI DISCIPLINARI:

Viene fissata la data di celebrazione di un procedimento disciplinare.

### VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 14 GENNAIO 2020

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

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

### COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

Caso Dott. XX per denominazione "Clinica" - viene ripercorso il caso e il Presidente riferisce ai presenti gli ultimi messaggi ricevuti da parte del Dott. X. Essendo la questione assai complessa se ne discute a lungo ed ogni membro della Commissione viene invitato ad esporre il suo punto di vista. Seguiranno ulteriori approfondimenti.

### RELAZIONI ISTRUTTORIE:

Vengono discusse due relazioni istruttorie che portano all'apertura di due procedimenti disciplinari.

### 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.*

## SERVIZI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI VERONA

### OFFERTI AGLI ISCRITTI

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

#### **CONSULENZA LEGALE (Avv. Donatella GOBBI)**

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

#### **CONSULENZA MEDICO LEGALE (Dott.ssa Federica BORTOLOTTI)**

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

#### **CONSULENZA ASSICURATIVA (Avv. Giuseppina MARITATO)**

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

#### **CONSULENTE FISCALE (Dott.ssa Graziella MANICARDI)**

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

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

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

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

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

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

# Storie e verità sui compensi Enpam

Esiste un'Enpam delle storie. Fatte di sospetti finanziari, di pseudo titoli tossici, di acquisizioni dubbie di immobili, di affitti clientelari di case di proprietà.

E poi c'è la Fondazione Enpam reale. Che invece persegue una trasparenza assoluta rendendo pubblica la situazione patrimoniale dei suoi vertici con regole e criteri mutuati direttamente dalla Magistratura contabile.

Gli amanti delle storie hanno sempre agitato lo spettro del rischio di commissariamento.

Invece le tre riforme (della gestione del patrimonio, della previdenza e dello statuto) attuate dalla nuova dirigenza hanno riportato l'equilibrio dei conti. Ciononostante, nel 2016, gli Ordini di Milano e Bologna hanno continuato a chiedere il commissariamento della Fondazione.

## GIUSTIZIA

Il consiglio di amministrazione dell'Enpam, in tutta risposta, ha adito il tribunale contro queste accuse, perché il danno d'immagine procurato si traduce in una frattura sia generazionale con i giovani, sia professionale con i colleghi dipendenti iscritti all'Inps. Senza trascurare gli effetti economici negativi che i danni reputazionali fanno scendere a cascata su tutti.

Nel frattempo la magistratura ha emesso numerose sentenze. Tutte hanno puntualmente e sempre smentito che ci fossero squilibri finanziari o irregolarità gestionali (Galazzi-Sri smentito sia in sede penale che civile; Sciacchitano perdente quattro volte su quattro sia in sede amministrativa sia in sede civile). Chi gettava ombre sull'Enpam è stato anche condannato a pagare le spese processuali. Insomma: da una parte le storie e dall'altra i numeri e i fatti.

## NUMERI E FATTI

L'ultimo bilancio consuntivo 2018 e i preventivi 2019 e 2020 sono stati approvati dall'Assemblea nazionale senza voti contrari e con due soli astenuti (i presidenti degli Ordini di Milano e di Bologna).

Perfino il conduttore di "Fuori dal coro" Mario Giordano, nella puntata in onda su Rete Quattro il 7 gennaio, ha testualmente affermato: "L'Enpam in passato ha avuto alcuni problemi. Adesso invece va dato atto al Presidente che i conti sono in ordine".

Il clamore sollevato dalla trasmissione sembra concentrarsi quindi solo sul compenso stabilito dall'Assemblea nazionale per il Presidente, anche se probabilmente, come accaduto in passato, si estenderà ai componenti degli organi collegiali di gestione, controllo e rappresentanza.

## APPETITI

Le elezioni per il rinnovo degli organi collegiali si avvicinano. La Fondazione ha un patrimonio ingente che può far gola, mentre l'Inps per il decimo anno consecutivo porterà un bilancio negativo pareggiato dalle tasse degli italiani.

Allo stesso tempo la giurisprudenza della Corte costituzionale e della Corte di Cassazione sta sempre più allontanando l'Enpam dal polo pubblico. Ma le finanziarie costano.... a pensar male si fa peccato.

## COSTI

I costi degli organi collegiali in questi anni si sono complessivamente ridotti, nonostante i componenti dell'Assemblea nazionale siano aumentati per accrescere la rappresentatività e la democraticità, mentre il patrimonio nello stesso periodo è notevolmente aumentato. Una riduzione realizzata come promesso, e con una spesa rimasta sempre sotto la soglia condivisa con i ministeri vigilanti.

Con la nuova presidenza i compensi sono stati tagliati del 10% in due riprese, prima ancora di essere legittimamente definiti nel 2015 da un'Assemblea nazionale che si è regolarmente insediata in base al nuovo statuto approvato dai ministeri vigilanti. Un'Assemblea che conosce la complessità delle attività dell'Enpam e che è stata compiutamente informata, mediante lavori comparativi specifici realizzati dalle società Spencer Stuart ed Egon Zehnder, che hanno confrontato Casse e istituti che gestiscono pari volumi finanziari. Riporto sotto alcuni dati a questo proposito.

A giugno scadrà il mandato e si rinoveranno le cariche! Spetterà alla nuova gestione definire l'esigenza di un eventuale adeguamento dei compensi.

## PARAGONI

Al di là del richiamo alle regole e ai fatti, mi preme ora evidenziare che chi contesta la congruità dei compensi incappa in un ragionamento capzioso che si basa sul bias concettuale di rapportare il compenso del presidente (che deve essere anche medico) a quelli della professione, come ho sempre sostenuto, indegnamente scarsi. Peraltro sono ormai numerosi gli esempi di medici che diventano dirigenti di aziende sanitarie e che vedono adeguati i loro compensi al nuovo ruolo dirigenziale amministrativo.

In realtà il presidente dell'Enpam ha una funzione di rappresentante legale della Fondazione di diritto privato, in pratica un amministratore con deleghe rilevanti, chiamato a gestire questioni sia sul versante previdenziale sia su quello finanziario, con specifico obbligo statutario di essere iscritto all'ente e di possedere precisi requisiti di competenza. Deve quindi essere anche abilitato come medico od odontoiatra: in altre parole,

l'Enpam non consente di fare scelte previdenziali, economiche e finanziarie che incidono sulla categoria a chi non ha esperienza diretta della realtà professionale.

Per esperienza personale, credo che chi deve compiere scelte che hanno ricadute sui colleghi, dalla continuazione volontaria della professione trae elementi che gli consentono di esercitare il mandato al meglio e in modo appropriato.

## RESPONSABILITÀ

I compensi sono chiaramente collegati alle responsabilità e ai rischi reali: la società Sri, tanto per fare un esempio, fece causa chiedendo 100milioni di euro di presunti danni alla persona fisica Alberto Oliveti. La comparazione sulle cifre va dunque fatta con i manager che rispetto all'Enpam gestiscono pari volumi finanziari, considerando in aggiunta il ruolo previdenziale.

Il presidente dell'Inps, spesso usato come termine di paragone, ha invece un incarico tecnico a nomina politico-partitica. È chiamato a guidare un immenso Istituto in deficit cronico, ma non ha particolari responsabilità finanziarie o patrimoniali. Non a caso guadagna meno dei suoi stessi dirigenti. Dopodiché, con i 18mila appartamenti che l'Inps ha sfitti in tutta Italia, c'è da chiedersi se lo stipendio sia effettivamente adeguato e congruo.

## PARAMETRI

Gli studi presentati nel 2015 all'Assemblea Nazionale che doveva ridefinire i compensi Enpam, vertevano sulla valorizzazione del ruolo del Presidente, dei vice Presidenti, dei consiglieri e dei sindaci, in comparazione a realtà analoghe.

L'ultimo studio sui top manager italiani (Il Sole24ore, 19 dicembre 2019, su dati Mediobanca) rivela che il compenso medio per un consigliere con deleghe decisionali in Italia è di 850mila euro all'anno, senza considerare i compensi derivanti da altre cariche, che spesso si cumulano.

Appare curioso come nessuno si ponga la questione delle retribuzioni dei presidenti delle banche in cui deposita i propri risparmi o delle assicurazioni cui versa i premi.

Altrettanto stupefacente è che nessuno contesti come il Presidente della Repubblica possa guadagnare oltre quindici volte di meno rispetto a un portiere di riserva di serie A mai entrato in campo. Eppure la Fondazione, grazie a miliardi di euro che non sono piovuti dal cielo ma che sono il frutto di buoni investimenti, oggi è in grado di offrire un livello di coperture previdenziali, assistenziali e di welfare professionale senza eguali in Italia.

Nei fatti oggi i medici e i dentisti convenzionati e liberi professionisti possono contare su 50 anni di sostenibilità per le loro pensioni. Una garanzia che i dipendenti non hanno relativamente alla loro pensione principale di competenza Inps; ma grazie alla Quota A tutti – medici dipendenti compresi – hanno la certezza di un assegno di base Enpam e tutto il welfare che la Fondazione mette a disposizione.

## TRASPARENZA PIENA

Per concludere, dalla mia dichiarazione dei redditi 2018 risulta:

- Reddito complessivo (rigo RN1) €599mila (comprensivo di reddito professionale RC1 €120.000);
- Reddito imponibile (RN4) €528mila;
- Imposta lorda (RN5) €220mila, che si aggiunge all'IVA versata per €130mila, che notoriamente costituisce un costo aziendale ma non è un elemento di reddito del professionista: è stato scorretto farla passare in trasmissione come un mio compenso.

Così com'è stata scorretta la giornalista che ha realizzato l'intervista aggredendomi all'uscita del mio studio a Senigallia alle 18,30 dell'antivigilia di Natale, dopo che si era fatta visitare da me fingendosi una paziente. Così come sono stati scorretti i tagli portati all'intervista stessa, riducendone il contenuto e i significati. A pensar male si fa peccato!

CORDIALI SALUTI,  
ALBERTO OLIVETI

## Dati comparativi:

*Patrimonio Enpam nel 2013:*  
14 miliardi -> nel 2018: 21 miliardi

*Costo organi collegiali nel 2013:*  
3,91 milioni -> nel 2018: 3,78 milioni

*Componenti organi collegiali nel 2013:*  
219 -> nel 2018: 287

*Costo degli organi collegiali in percentuale sul patrimonio: 0,02%*

*Costo degli organi collegiali per iscritto nel 2013:*  
€8,66 -> nel 2018: €7,84

*(Costo per iscritto degli organi collegiali in altri enti previdenziali privati: Cassa forense €13,8, Inarcassa €18,45, Commercialisti €22, Notai €212, Biologi €72, Psicologi €54, Infermieri €20, Veterinari €23).*



NOI NON CI OCCUPIAMO DI  
MEDICINA:

# ASSICURIAMO I MEDICI!

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

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

## CONTATTI

telefono **045 84 03 520**

whatsapp **335 155 23 79**

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

sito **www.nonsoloassicurazioni.it**



LE MIGLIORI SOLUZIONI  
ASSICURATIVE PER LA TUA

**FAMIGLIA**

**CASA**

**SALUTE**

**PENSIONE**

E NON SOLO!!

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

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

# Convegni e Congressi

PROGRAMMA  
PRELIMINARE 2020

## CORSO SUPERIORE DI GERIATRIA

10 MARZO 2020

**LE PATOLOGIE DEL DISTRETTO  
MAXILLO-FACCIALE:  
ASPETTI FUNZIONALI,  
ESTETICI E PSICOLOGICI**

Relatori: Pierfrancesco Nocini,  
Lorenzo Trevisiol, Andrea Fior,  
Chiara Bovo, Stefania Montemezzi.

17 MARZO 2020

**FARMACI GENERICI O  
EQUIVALENTI: SONO SEMPRE  
UN'OPPORTUNITÀ?**

Relatori: Ercole Concia,  
Giovanna Scroccaro,  
Roberto Castello, Claudio  
Micheletto, Denise Signorelli.

24 MARZO 2020

**LA GERIATRIA COME NUOVO  
UMANESIMO IN MEDICINA**

Relatori: Umberto Senin,  
Stefania Maggi, Andrea Ungar,  
Matteo Grezzana, Chiara Pavan.

31 MARZO 2020

**COME TUTELARE LA SALUTE  
UROGENITALE AD OGNI ETÀ**

Relatori: Walter Artibani,  
Pierpaolo Curti, Alessandro  
Antonelli, Matteo Grezzana,  
Arrigo Battocchia, Carlo Rugiu.

28 APRILE 2020

**LA SOLITUDINE  
DELL'ANZIANO  
NEI LUOGHI DI CURA**

Relatori: Niccolò Marchionni,  
Gianfranco Sinagra,  
Paolo Zanatta, Giorgia Cecchini,  
Giancarlo Beltrami.

5 MAGGIO 2020

**LA CHIRURGIA VASCOLARE  
OGGI: L'ALTRA FACCIA  
DELLA LUNA**

Relatori: Gianfranco Veraldi,  
Fabio Simoncini,  
Luca Mezzetto, Gabriele Zanotto.

19 MAGGIO 2020

**GERIATRIA:  
FRA RIGORE, FANTASIA  
E GENIALITÀ**

Relatori: Luigi G. Grezzana,  
Bruno Fasani, Valeria Rainoldi.

## 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

# Classificazione del Dolore

**Dott. Roberto Dall'Ara**

RESPONSABILE TERAPIA ANTALGICA  
OSPEDALE "MATER SALUTIS"  
LEGNAGO (VERONA)

Perché è necessario classificare il dolore? Potrebbe sembrare un mero accademismo, se non una sostanziale perdita di tempo.

La incomunicabilità propugnata da alcuni filosofi e scrittori francesi negli anni '50 del secolo scorso, può forse ritrovarsi nel mondo comune, ma certamente in Medicina non deve sussistere. Quando si parla di qualcosa, deve esistere un linguaggio comune ed universale con il quale intenderci immediatamente su qualunque patologia; in Europa come in America come in Asia o come in altri luoghi.

Questo linguaggio comune ed unitario in Medicina del Dolore sta proprio nella Classificazione delle Sindromi Dolorose, in quanto il sintomo dolore può essere descritto in molteplici maniere differenti secondo l'etnia, la cultura, la scolarizzazione, il credo religioso, dando luogo a non pochi fraintendimenti.

A questi fattori ci si sono poi aggiunti gli stessi esperti di algologia, ognuno proponendo forme di classificazione del Dolore personalizzate e differenziate, creando così non poche difficoltà di comprensione, con ulteriore confusione ed impossibilità a corrette valutazioni.

Già nel lontano 1979, il padre della Medicina del Dolore JJ Bonica segnalava l'importanza di un linguaggio comune auspicando una terminologia comunemente accettata in tema di dolore<sup>13</sup>.

La classificazione del dolore appare anche un valido strumento nelle mani del clinico per iniziare i processi di valutazione del sintomo dolore, favorendo la collocazione di una determina-

ta sindrome dolorosa nel suo giusto ambito classificativo, avendo facilitato così il processo decisionale clinico che è vitale per fornire cure appropriate ad ogni paziente con dolore<sup>27</sup>. Un inquadramento tassonomico ideale del Dolore ancora, a mio parere, non esiste e nelle Scienze Mediche forse non si avrà mai, in quanto forzare in categorie precostituite sindromi dolorose multiformi o anche altre Patologie Mediche con sintomi simili o sovrapponibili, si rivelerà sempre un pragmatismo con categorizzazioni inquadabili tassonomicamente, magari anche utili dal punto di vista pratico, ma probabilmente non una verità oggettivamente assoluta<sup>33</sup>.

Le classificazioni per il dolore proposte sono davvero molteplici e molto spesso, anche se elaborate da commissioni di esperti del settore, prendono in considerazione gli aspetti del dolore da un punto di vista settoriale e non omnicomprensivo.

Non voglio addentrarmi in questo groviglio di classificazioni (almeno una dozzina) che, molto spesso, appaiono puri equilibrismi accademici e ribadire che una semplice e chiara classificazione può aiutare il lavoro del medico<sup>33</sup>.

Una prima e discriminante classificazione delle patologie dolorose, a mio avviso, deve essere fatta, tenendo conto del dato temporale, tra *dolore acuto* e *cronico* che già ci può fornire immediatamente un indirizzo terapeutico consono al tipo di dolore.

Dopo aver distinto tra dolore acuto e cronico, ritengo che il passo successivo più semplice ed immediato sia classificare il dolore dal punto di vista eziologico, basandosi sui meccanismi fisiopatologici ipotizzati alla base della sua genesi e del suo mantenimento. Metodo classificativo inizialmente proposto da Portenoy ed Altri tra gli anni '80 e '90 del secolo scorso<sup>32,6</sup>:

- *Dolore nocicettivo*:
  - *Somatico*:
  - *Superficiale*
  - *Profondo*<sup>27</sup>
  - *Viscerale*
- *Dolore neuropatico*:
  - *Centrale*
  - *Periferico*
  - Dolore Psicogeno (o disturbo algico, come lo definiscono modernamente gli psichiatri).

**DOLORE NOCICETTIVO** - Il dolore nocicettivo è l'esperienza umana di dolore più comune. *Il dolore che si origina per danno reale o potenziale al tessuto non neuronale ed è dovuto all'attivazione dei nocicettori*<sup>37</sup>. Il termine è usato per descrivere il dolore che si verifica normalmente con sistema nervoso somato-sensoriale funzionalmente integro.

Si sviluppa a livello periferico in seguito alla stimolazione dei recettori periferici del dolore (nocicettori) i quali, attraverso le fibre nervose del sistema somato-sensoriale, inviano lo stimolo al midollo spinale, raggiungendo i centri superiori: talamo e corteccia cerebrale.

I nocicettori possono essere stimolati da molteplici fattori o eventi: dalla temperatura (caldo-freddo), dalla vibrazione, dallo stimolo tensivo o da mediatori del processo flogistico (rilasciati dai tessuti in seguito a ipossia, infiammazione o distruzione dei tessuti). Il dolore nocicettivo, in base alla localizzazione dei nocicettori stimolati, può essere suddiviso in dolore somatico (origina dai tessuti somatici: ossa, articolazioni, fasce, tendini, muscoli, rivestimenti cutanei e mucosi, sierose) o viscerale (se stimolati recettori dei visceri in seguito a distensione, tensione o compressione, infezione dei visceri stessi).

**DOLORE NEUROPATICO** - La definizione ufficiale attuale è quella adottata dallo Special Interest Group della

**IASP (NeupSIG)** e cioè “dolore che origina come diretta conseguenza di una lesione o di una malattia interessante il sistema nervoso somatosensoriale”<sup>38</sup>. Dalla precedente versione viene eliminato il termine *disfunzione*, intendendo così escludere le condizioni dolorose che comportano cambiamenti mal definiti nel sistema nervoso ed escludere pure tutte quelle condizioni che non presentano lesioni tali del sistema somatosensoriale da essere classificate come dolore neuropatico<sup>24</sup>.

**IL DOLORE PSICOGENO** attualmente non compare chiaramente nella classificazione IASP, la quale parla di **dolore di origine psicologica** classificandolo tra le sindromi dolorose relativamente generalizzate ed associando tra loro sindromi dolorose da tensione muscolare con sindromi allucinatorie e deliranti, con sindromi isteriche o di conversione, o sindromi dolorose associate a depressione. Ho voluto esplicitarlo chiaramente perché, nonostante la sua rarità rappresenta per il clinico molto spesso il tipico caso di “dolore difficile”.

Il Dolore Psicogeno è stato definito come *disturbo psichiatrico in cui fattori psicologici sembrano essere primari nella generazione del dolore*<sup>3</sup>. Il sintomo principale è il dolore, in uno o più distretti anatomici, che non viene completamente spiegato da un'affezione medica non psichiatrica o neurologica.

Il dolore Psicogeno, rappresenta ancora un complesso intrigo sindromico difficile da definire e ancora più difficile da trattare. Si tratta di un tipo di dolore in cui la difficoltà nell'identificazione di una causa organica in una sindrome dolorosa porta alla determinazione di una causa psicogena che resta molto spesso più una diagnosi di esclusione<sup>35</sup> che altro.

La difficoltà nel dimostrare direttamente la presenza e l'importanza dei fattori psicologici nel causare, amplificare e mantenere il dolore associata alla nota difficoltà nel considerare in modo appropriato la rilevanza delle comorbidità psichiatriche (ansia, depressione, disturbo fittizio e simulazione) nel quadro clinico di pazienti con dolore cronico rendono conto del perché nella letteratura scientifica

manchi un consenso univoco sull'argomento. Quanto sopra ne rende ragione anche della sua rarità: si stima che sia presente in meno del 2% dei pazienti con dolore cronico e può localizzarsi in qualsiasi distretto anatomico<sup>9</sup>.

Infine, appare importante ribadire che, molto spesso, in clinica ci troviamo di fronte a sindromi dolorose in cui le diverse tipologie si mischiano e si sovrappongono; parliamo allora di **dolore misto** (mixed pain, degli anglosassoni)<sup>26</sup>. Questi pazienti con dolore misto, inoltre, presentano un numero maggiore di siti dolorosi ed una maggior complessità clinica in quanto dimostrano una maggior comorbidità e fattori psicosociali negativi, con minor efficacia percepita nei trattamenti e minor qualità di vita<sup>26</sup>.

Per anni il dolore artrosico è stato assunto come paradigma di dolore puramente nocicettivo, ma un corpo crescente di dati della letteratura suggerisce altrimenti. Alcuni studi, utilizzando strumenti di screening per il dolore neuropatico hanno evidenziato che in queste sindromi osteoartrosiche il 37% e il 54% dei pazienti soffrono di dolore prevalentemente neuropatico. Da ciò, la prova che c'è *più dolore misto di quanto si pensasse in precedenza*<sup>21</sup>.

Anche se le discussioni cliniche sul dolore misto sono in corso da oltre un decennio, rimane una condizione mal definita, che rappresenta un'esigenza insoddisfatta nella pratica clinica. La rigida classificazione binaria del dolore (nocicettivo o neuropatico) ha lasciato una percentuale considerevole di pazienti non classificati, in particolare: (1) pazienti che si presentano clinicamente con una sostanziale sovrapposizione di sintomi nocicettivi e neuropatici; e (2) pazienti che non presentano segni o sintomi di danno tissutale reale o potenziale, né prova di una lesione o malattia del sistema somatosensoriale<sup>28</sup>.

L'OMS il 23 maggio 2019 ha presentato alla Assemblea Generale delle Nazioni Unite la nuova versione di **ICD-11** che è il classificatore base per statistiche e politiche sanitarie, sistemi e rimborsi assicurativi sanitari in tutto il mondo nonché per i gestori dei programmi sanitari nazionali.

Non solo, ma è anche utile ausilio per specialisti della raccolta dati ed altri che monitorano i progressi nella salute globale e determinano l'allocazione delle risorse sanitarie, contenendo circa 55.000 codici univoci per lesioni, malattie e cause di morte. All'interno di ICD-11 possiamo trovare una classificazione sistematica del dolore cronico aggiornata da una task force dell'Associazione internazionale per lo studio del dolore (IASP)<sup>31</sup>.

Il dolore cronico è stato, quindi, il “codice generatore” per altri 7 codici che comprendono i gruppi clinicamente rilevanti più comuni delle condizioni di dolore cronico:

- (1) Dolore primario cronico;
- (2) Dolore cronico correlato al cancro;
- (3) Dolore cronico post-traumatico o post-chirurgico;
- (4) Dolore neuropatico cronico;
- (5) Cefalea secondaria o dolore orofacciale cronico;
- (6) Dolore viscerale cronico secondario;
- (7) Dolore muscoloscheletrico secondario cronico<sup>31</sup>.

Senza addentrarci nei meandri classificativi della IASP, interessanti sicuramente per lo specialista algologo, ritengo sia utile ai fini di questa trattazione accennare solo al dolore primario cronico che viene definito come *dolore in uno o più regioni anatomiche che:*

1. *persiste o ricorre per più di 3 mesi;*
2. *è associato ad un significativo disagio emotivo (es: ansia, rabbia, frustrazione o umore depresso) e / o significativa disabilità funzionale (interferenza nelle attività della vita quotidiana e partecipazione a ruoli sociali)*
3. *ed i sintomi non sono meglio considerati da altra diagnosi.*

Nell'ultimo decennio è emerso un crescente “brusio” tra gli studiosi del dolore per le difficoltà ad inquadrare in maniera chiara, soprattutto a fini diagnostici e terapeutici, tutte le forme di dolore cronico che il clinico viene ad affrontare nella sua pratica quotidiana. Da questa esigenza è nata una Task Force della IASP per la revisione della classificazione del dolore<sup>31</sup>.

La ridefinizione del dolore neuropatico che ora specificatamente esclude il concetto di *disfunzione*, ha lasciato un grande gruppo di pazienti senza un descrittore patofisiologico valido per l'esperienza dolore. Questo gruppo comprende persone che non hanno né ovvia attivazione di nocicettori né neuropatia (definito come malattia o danno del sistema somatosensoriale) ma in cui *i risultati clinici e psicofisici suggeriscono alterata funzione nocicettiva*.

Tipici pazienti di questo tipo sono quelli etichettati con fibromialgia, sindrome da dolore regionale complesso di tipo 1 (CRPS), o altre patologie di dolore muscoloscheletrico (come chronic lowback pain non specifico, la nostra lombalgia cronica o, meglio, ricorrente) e disturbi di dolore viscerale funzionale (come sindrome dell'intestino irritabile, sindrome del dolore alla vescica).

Prima della nuova ridefinizione del dolore neuropatico tutti i dolori che non erano di origine nocicettiva erano classificati neuropatici o al massimo erano confinati in una reietta terza categoria di *dolore idiopatico*<sup>34</sup>. La ridefinizione di dolore neuropatico del 2011 rende un senso biologico all'etimologia e la nota che ne accompagna la definizione è rigorosa: il dolore neuropatico è una descrizione clinica (e non una diagnosi), che richiede una lesione dimostrabile o una malattia che soddisfa i criteri diagnostici neurologici stabiliti.

Allo stato attuale delle conoscenze, ci sono dei motivi per dedurre che una *alterazione della funzione nocicettiva* si possa verificare in quei pazienti che stanno vivendo una sindrome dolorosa a distribuzione regionale (o maggiormente diffusa), non associata con franchi segni di neuropatia ma caratterizzata da ipersensibilità in tessuti apparentemente normali.

La somiglianza di tali risultati con quelli di lesioni o franche malattie neurali suggerisce che possano essere rilevanti i meccanismi comuni. In base alle suddette considerazioni sembra ragionevole supporre che si possa essere verificato un *cambiamento nell'elaborazione dell'informazione nocicettiva*, probabilmente nel sistema nervoso centrale.

Quest'ultima considerazione è supportata dai risultati dei cambiamenti dimostrati sia nell'attivazione cerebrale<sup>1,14,5,10,8</sup> che nella connessione nervosa ai livelli più alti<sup>23,25,17,18,22,40,36,30</sup> ed anche in specifiche strutture cerebrali<sup>4,20,29,16,1,2,12,7</sup> in alcuni stati di dolore cronico, anche se tarati su depressione o ansia<sup>20,29,15,16,12</sup>.

Tuttavia, in queste condizioni di dolore, non vi è alcuna evidenza coerente di una lesione o malattia del sistema somatosensoriale come causa primaria del dolore, quindi appare doveroso escludere questo tipo di dolore dal descrittore neuropatico.

È stato quindi proposto un **terzo descrittore del dolore** introducendo un nuovo tipo fisiopatologicamente identificato di dolore cronico, da affiancare a quelli già da tempo noti, di *nocicettivo e neuropatico*. La necessità di trovare un terzo tipo di dolore cronico deriva dalla insoddisfazione nel descrivere il dolore in alcuni pazienti in cui non ritroviamo l'attivazione dei nocicettori e che, nello stesso tempo, non incontrano la definizione di dolore neuropatico. Un nuovo termine che possa descrivere la natura del dolore in quegli stati caratterizzati da *possibili alterazioni della nocicezione* nonostante non vi siano evidenze di reale o potenziale danno tissutale che possa causare attivazione di nocicettori o evidenze di malattie o lesione del sistema somatosensoriale che possa causare dolore cronico.

Questo nuovo descrittore è stato denominato: **Dolore nociplastico o nocipatico** - Termine che caratterizzerebbe una condizione patologica dei nocicettori, quindi *un dolore che deriverebbe da una alterazione della nocicezione, malgrado non vi sia una chiara evidenza di danno tissutale reale o potenziale che causi l'attivazione di nocicettori periferici o altra evidenza di malattia o lesione del sistema somatosensoriale che causa il dolore*<sup>39</sup>. Interessante notare che i pazienti possono avere una combinazione di dolore nocicettivo e nociplastico.

Ad esempio, nelle due forme tradizionali di dolore cronico, non rientrano i soggetti che hanno esperienza di do-

lore con distribuzione regionale non associato a chiari segni di neuropatia ma caratterizzato da ipersensibilità recettoriale in assenza di lesione tissutale. Possibile spiegazione a questo fenomeno potrebbe essere una modifica strutturale associata ad una elaborazione anomala dello stimolo da parte dei nocicettori, in presenza di un rimodellamento del sistema nervoso centrale come riportato da alcuni studi che evidenziano variazioni nella attivazione e nelle connessioni di specifiche strutture cerebrali.

A mio avviso, lo scopo dell'inserimento di questo nuovo descrittore del dolore è di migliorare la precisione diagnostica all'interno delle sindromi dolorose ed, in ultima analisi, nella pratica clinica caratterizzare in maniera migliore, con maggiore precisione il soggetto con dolore cronico agevolandone il trattamento.

Naturalmente, e come in tutte le cose umane, questa nuova classificazione elaborata dalla Task Force della IASP e fatta sua da OMS e ONU, non ha mancato di scatenare qualche polemica tra gli addetti ai lavori, uno fra tutti il Prof. Lars-Petter Granan<sup>19</sup>, Department of pain management and research, Oslo university hospital, Oslo, Norway, che trova questa nuova classificazione "così imprecisa e vaga che non può aiutare né il ragionamento clinico né la ricerca" in quanto, secondo il Prof Granan, la nuova terminologia deriva da una banale osservazione clinica non supportata da sufficienti evidenze scientifiche tali da giustificare un cambiamento tassonomico; sostenendo che le ipotizzate modifiche strutturali che avvengono livello cerebrale sarebbero aspecifiche (non tipiche di questa forma di dolore cronico) e che pertanto l'assunto che i pazienti con dolore "nocipatico" siano maggiormente responsivi alle terapie "centrali" non sia in realtà dimostrato in letteratura<sup>19</sup>.

Al di là delle "diatribe filosofiche" interpersonali, la maggior parte degli autori ha condiviso questa nuova classificazione per cui credo sarà utile servirsene a fini diagnostici e terapeutici fino, e se, qualcuno non dimostrerà scientificamente il contrario.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Kairys A, Schmidt-Wilcke T, Puiu T, Ichescu E, Labus J, Martucci K, Farmer MA, Ness TJ, Deutsch G, Mayer EA, Mackey S, Apkarian AV, Maravilla K, Clauw DJ, and Harris RE, 'Increased Brain Gray Matter in the Primary Somatosensory Cortex Is Associated with Increased Pain and Mood Disturbance in Patients with Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome', *J Uro*, 193 (2015), 131-7.
- 2 Kuchinad A, Schweinhardt P, Seminowicz D, Wood P, Chizh B, and Bushnell M, 'Accelerated Brain Gray Matter Loss in Fibromyalgia Patients: Premature Aging of the Brain?', *J Neurosci*, 27 (2007), 4004-7.
- 3 Stoudemire A, and Sandhu J, 'Psychogenic/Idiopathic Pain Syndromes', *Gen Hosp Psychiatry*, 9 (1987 Mar), 79-86.
- 4 Apkarian AV, Sosa Y, Sonty S, Levy RM, Harden RN, Parrish TB, and Gitelman DR, 'Chronic Back Pain Is Associated with Decreased Prefrontal and Thalamic Gray Matter Density', *J Neurosci*, 24 (2004), 10410-15.
- 5 Maihöfner C, Forster C, Birklein F, Neundörfer B, and Handwerker H, 'Brain Processing During Mechanical Hyperalgesia in Complex Regional Pain Syndrome: A Functional MRI Study', *PAIN*, 114 (2005), 93-103.
- 6 Woolf CJ, Bennett GJ, Doherty M, and et al, 'Towards a Mechanism-Based Classification of Pain?', *Pain*, 77 (1998), 227-29.
- 7 Seminowicz D, Labus J, Bueller J, Tillisch K, Naliboff B, Bushnell M, and Mayer EA, 'Regional Gray Matter Density Changes in Brains of Patients with Irritable Bowel Syndrome', *Gastroenterology*, 139 (2010), 48-57.
- 8 Silverman D, Munakata J, Ennes H, Mandelkern M, Hoh C, and Mayer E, 'Regional Cerebral Activity in Normal and Pathological Perception of Visceral Pain', *Gastroenterology*, 112 (1997), 64-72.
- 9 Merskey H, and Bogduk N, 'Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms', *IASP Press Seattle* (1994).
- 10 Mertz H, Morgan V, Tanner G, Pickens D, Price R, Shyr Y, and Kessler R, 'Regional Cerebral Activation in Irritable Bowel Syndrome and Control Subjects with Painful and Nonpainful Rectal Distention', *Gastroenterology*, 118 (2000), 842-8.
- 11 Gierthmühlen J, Maier C, Baron R, Tölle T, Treede R, Birbaumer N, Hüge V, Koroschetz J, Krumova EK, Lauchart M, Maihöfner C, Richter H, and Westermann A, 'German Research Network on Neuropathic Pain (Dfns) Study Group. Sensory Signs in Complex Regional Pain Syndrome and Peripheral Nerve Injury', *PAIN*, 153 (2012), 765-74.
- 12 Lutz J, Jäger L, Quervain D, Krauseneck T, Padberg F, Wichnalek M, Beyer A, Stahl R, Zirngibl B, Morhard D, Reiser M, and Schelling G, 'White and Gray Matter Abnormalities in the Brain of Patients with Fibromyalgia: A Diffusion-Tensor and Volumetric Imaging Study', *Arthritis Rheum*, 58 (2008), 3960-9.
- 13 Bonica JJ, 'The Need of a Taxonomy', *Pain Jun*, 6 (1979), 247-8.
- 14 Jensen KB, Kosek E, Petzke F, Carville S, Fransson P, Marcus H, Williams SC, Choy E, Giesecke T, Mainguy Y, Gracely R, and Ingvar M, 'Evidence of Dysfunctional Pain Inhibition in Fibromyalgia Reflected in Racc During Provoked Pain', *PAIN*, 144 (2009), 95-100.
- 15 Jensen KB, Petzke F, Carville S, Fransson P, Marcus H, Williams SC, Choy E, Mainguy Y, Gracely R, Ingvar M, and Kosek E, 'Anxiety and Depressive Symptoms in Fibromyalgia Are Related to Poor Perception of Health but Not to Pain Sensitivity or Cerebral Processing of Pain', *Arthritis Rheum* 62 (2010), 3488-95.
- 16 Jensen KB, Srinivasan P, Spaeth R, Tan Y, Kosek E, Petzke F, Carville S, Fransson P, Marcus H, Williams S, Choy E, Vitton O, Gracely R, Ingvar M, and Kong J, 'Overlapping Structural and Functional Brain Changes in Patients with Long-Term Exposure to Fibromyalgia Pain', *Arthritis Rheum*, 65 (2013), 3293-303.
- 17 Jensen KB, Loitole R, Kosek E, Petzke F, Carville S, Fransson P, Marcus H, Williams SCR, Choy E, Mainguy Y, Vitton O, Gracely RH, Gollub R, Ingvar M, and Kong J, 'Patients with Fibromyalgia Display Less Functional Connectivity in the Brain's Pain Inhibitory Network', *Mol Pain*, 8 (2012), 32.
- 18 Kilpatrick L, Kutch J, Tillisch K, Naliboff B, Labus J, Jiang Z, Farmer MA, Apkarian AV, Mackey S, Martucci KT, Clauw DJ, Harris RE, Deutsch G, Ness TJ, Yang CC, Maravilla K, Mullins C, and Mayer EA, 'Alterations in Resting State Oscillations and Connectivity in Sensory and Motor Networks in Women with Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome', *J Uro*, 192 (2014), 947-55.
- 19 Granan LP, 'We Do Not Need a Third Mechanistic Descriptor for Chronic Pain States! Not Yet', *Pain*, 158 (2017 Jan), 179.
- 20 Barad M, Ueno T, Younger J, Chatterjee N, and Mackey S, 'Complex Regional Pain Syndrome Is Associated with Structural Abnormalities in Pain-Related Regions of the Human Brain', *J Pain*, 15 (2014), 197-203.
- 21 Ritchie M, 'Mixed Pain', *GM Dec*, 41 (2011), 624-27.
- 22 Loggia ML, Kim J, Gollub RL, Vangel MG, Kirsch I, Kong J, Wasan AD, and Napadow V, 'Default Mode Network Connectivity Encodes Clinical Pain: An Arterial Spin Labeling Study', *PAIN* 154 (2013), 24-33.
- 23 Baliki MN, Mansour AR, Baria AT, and Apkarian AV, 'Functional Reorganization of the Default Mode Network across Chronic Pain Conditions', *PLoS One*, 9e (2014), 106-33.
- 24 Finnerup NB, Haroutounian S, Kamerman P, Baron R, Bennett DL, Bouhassira D, Cruccu G, Freeman R, Hansson P, Nurmikko T, Raja SN, Rice AS, Serra J, Smith BH, Treede RD, and Jensen TS, 'Neuropathic Pain: An Updated Grading System for Research and Clinical Practice', *Pain Aug*, 157 (2016), 1599-606.
- 25 Flodin P, Martinsen S, Löfgren M, Bileviciute-Ljungar I, Kosek E, and Fransson P, 'Fibromyalgia Is Associated with Decreased Connectivity between Pain and Sensorimotor Brain Areas', *Brain Connect*, 4 (2014), 587-94.
- 26 Ibor PJ, Sánchez-Magro I, Villoria J, Leal A, and Esquivias A, 'Mixed Pain Can Be Discerned in the Primary Care and Orthopedics Settings in Spain: A Large Cross-Sectional Study', *Clin J Pain*, 33 (2017 Dec), 1100-09.
- 27 Orr PM, Shank BC, and Black AC, 'The Role of Pain Classification Systems in Pain Management', *Crit Care Nurs Clin North Am*, 29 (2017 Dec), 407-18.
- 28 Freynhagen R, Parada HA, Calderon-Ospina CA, Chen J, Rakhmawati Emil D, Fernández-Villacorta FJ, Franco H, Ho KY, Lara-Solares A, Li CC, Mimenza Alvarado A, Nimmaanrat S, Dolma Santos M, and Ciampi de Andrade D, 'Current Understanding of the Mixed Pain Concept: A Brief Narrative Review', *Curr Med Res Opin*, 35 (2019 Jun), 1011-18.
- 29 Ivo R, Nicklas A, Dargel J, Sobottke R, Delank KS, Eysel P, and Weber B, 'Brain Structural and Psychometric Alterations in Chronic Low Back Pain', *Eur Spine J*, 22: (2013), 1958-64.
- 30 Yu R, Gollub RL, Spaeth R, Napadow V, Wasan A, and Kong J, 'Disrupted Functional Connectivity of the Periaqueductal Gray in Chronic Low Back Pain', *Neuroimage Clin*, 23 (2014), 100-8.
- 31 Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JW, and Wang SJ, 'A Classification of Chronic Pain for Icd-11', *PAIN*, 156 (2015), 1003-7.
- 32 Portenoy RK, 'Mechanisms of Clinical Pain. Observations and Speculations', *Neurol Clin*, 7 (1989 May), 205-30.
- 33 Mercadante S, *Il Dolore. Valutazione, Diagnosi E Trattamento* (Milano: Elsevier Masson 2006).
- 34 Jensen TS, Baron R, Haanpää M, Kalso E, Loeser JD, Rice AS, and Treede RD, 'A New Definition of Neuropathic Pain', *Pain*, 152 (2011 Oct), 2204-05.
- 35 Hachinski V, 'The Nature of Regional Pain', *Arch Neurol*, 45 (1988), 918.
- 36 Napadow V, La Count L, Park K, As-Sanie S, Clauw D, and Harris R, 'Intrinsic Brain Connectivity in Fibromyalgia Is Associated with Chronic Pain Intensity', *Arthritis Rheum*, 62 (2010), 2545-55.
- 37 [www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org), 'Nociceptive Pain'2019) [Accessed 25.05.2019].
- 38 [www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Nociceptivepain](http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Nociceptivepain).
- 39 [www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Nociceptivepain](http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Nociceptivepain), IASP, (2019) [Accessed 26.05.2019].
- 40 Ma X, Li S, Tian J, Jiang G, Wen H, Wang T, Fang J, Zhan W, and Xu Y, 'Altered Brain Spontaneous Activity and Connectivity Network in Irritable Bowel Syndrome Patients: A Resting-State fMRI Study', *Clin Neurophysiol* 126 (2015), 1190-7.

# Stati generali della professione medica: 100 tesi per discutere il medico del futuro

Sintesi a cura di  
**Giovanni Bonadonna**  
Medico e Bioeticista

Sintesi del documento consultabile al sito: <https://portale.fnomceo.it/stati-general-della-professione-medica-le-100-tesi-di-ivan-cavicchi-per-discutere-il-medico-del-futuro/>

## LA "QUESTIONE MEDICA" E GLI STATI GENERALI

### DELLA PROFESSIONE MEDICA

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, nel marzo 2018 dopo la nomina del nuovo Presidente, decise di approfondire **la problematica della crisi della professione medica** (cosiddetta "questione medica").

Secondo il Consiglio Nazionale FNOMCeO la crisi del ruolo medico deve essere analizzata con una logica nuova, che tenga conto della complessità e della varietà dei problemi che ne sono causa. Da questa necessità nacque la proposta di indire gli **Stati Generali della Professione Medica**, intendendo con questo termine l'avvio di **un percorso di approfondimento** delle cause della crisi della professione medica e dei cambiamenti necessari per il medico del futuro.

La proposta del Consiglio Nazionale fu di predisporre una **"piattaforma di base"**, cioè una **serie di temi** per esaminare le diverse cause della "questione medica".

Una apposita commissione ebbe perciò l'incarico di individuare le **aree tematiche della discussione** (cosiddette **macroaree**) e poi per ciascun tema gli spunti specifici di approfondimento (cosiddette **tesi**).

Il documento **"Stati Generali della Professione Medica"** è il documento nel quale suddivise in **6 macroaree** sono state raccolte le **100 tesi per discutere il medico del futuro**.

**Le 100 tesi** presentate nel documento rappresentano **le tesi iniziali**, gli spunti iniziali per l'approfondimento delle diverse tematiche nel confronto, sia con gli iscritti a livello degli Ordini Provinciali, sia in appositi incontri del Consiglio Nazionale.

**Le tesi conclusive degli Stati Generali**, frutto del percorso di discussione ed approfondimento ai vari livelli di rappresentanza degli iscritti saranno pubblicate nel corso del 2020 e **andranno a costituire la "Magna Carta" della professione medica**.

## NUOVO RUOLO DELLA PROFESSIONE E "MAGNA CARTA"

La discussione sulla "questione medica" è un evento storico, perché la crisi in cui versa la professione ha caratteristiche tali da non avere precedenti.

**A causa dei mutamenti sociali e culturali della società si rende necessario un cambiamento del modello di medicina e del modello di medico**. Il nuovo medico deve adeguarsi al cambiamento della società.

**Gli Stati Generali** costituiscono il percorso per l'elaborazione di una strategia per il futuro della professione e per **definire il nuovo ruolo della professione medica in un documento programmatico definito "Magna Carta"**.

*Di seguito, per ciascuna delle 6 macroaree, vengono sintetizzati i temi delle tesi di approfondimento.*

## I - Macroarea: I CAMBIAMENTI E LA CRISI

### *Crisi della medicina e del medico positivista (tesi da 1 a 11)*

Un secolo fa la medicina e il medico rappresentavano la scientificità assoluta e godevano di una fiducia incondizionata nella società. Quella idea di "scienza" appare oggi eccessivamente "scientista" e la fiducia nella "scienza" non è più così dogmaticamente riconosciuta. Pertanto, oggi, in una società completamente diversa da quella che l'ha preceduta, si pone la questione: **"quale medicina" e "quale medico" per il futuro?**

Se non si parte dal riconoscimento di questa crisi epocale, la crisi che oggi viene chiamata convenzionalmente "questione medica", rischia di essere ridotta solamente a questioni tecniche, ordinamentali, organizzative. **La "questione medica"** invece è l'espressione di una questione più profonda che è la **"crisi della medicina"**.

### *La crisi della deontologia (tesi da 12 a 18)*

Quando un ordinamento deontologico non corrisponde più alla realtà sociale, scientifica e culturale alla quale si riferisce, si parla di **crisi di insufficienza e di regressività deontologica**. La regressività deontologica è una delle componenti principali della crisi della professione. La deontologia non solo deve porre attenzione alla valutazione dei comportamenti medici, ma prima ancora deve mirare alla **definizione della identità del medico**. Se il medico non ha una precisa identità non ha senso definire i comportamenti medici. Se vale il principio che il modo di essere segue l'essere, **il modo di essere di**

un medico senza identità rischia di essere quello di un dispensatore di prestazioni gregario rispetto agli amministratori.

## **Crisi della epistemologia (tesi 19-20)**

Con il termine epistemologia si intende l'insieme dei principi e delle regole della conoscenza in medicina, vale a dire l'insieme dei principi e delle regole che guidano le prassi professionali del medico. **La visione che oggi la società ha della salute, della malattia, del malato, della cura, non coincide più con quella della epistemologia positivista** alla base del paradigma medico del passato. Questo vuol dire che, oggi, **il modo di conoscere e di fare della medicina scientifica è percepito da questa società e dalle persone malate come non adeguato alle proprie necessità** e non in sintonia con le nuove e più moderne concezioni postpositiviste, che valorizzano **il diritto all'autodeterminazione della persona assistita, la cura globale dei bisogni della persona malata, la centralità delle relazione di cura, la condivisione delle scelte di cura.** Di fronte a queste discordanze ed a queste difficoltà di rapporti è necessario ripensare i criteri e le regole che guidano le prassi del medico.

## **Crisi della metodologia (tesi n° 21)**

La metodologia consiste nel definire il "metodo" per operare e per agire in medicina. Il paradigma positivista concepisce la malattia come deviazione da una normalità naturale oggettiva ed universale, quindi considera la malattia senza considerare la soggettività della persona malata.

**Nella realtà il medico si trova ad avere a che fare con le diverse singolarità delle persone malate, e poi la stessa malattia non è sempre predicibile come una regolarità biologica, per cui il metodo per come è stato concepito dal positivismo non risulta adeguato ad affrontare la problematicità e la complessità del prendersi cura della singola persona malata.** Fondamentale pertanto per il ripensamento della metodologia è la definizione del suo rapporto con l'evidenza e con la relazione. Se la metodologia, privi-

legiando l'evidenza, resta indifferente ai valori della relazione allora vuol dire che l'evidenza resta indifferente alla complessità e alla singolarità del malato e la metodologia è imposta come un a priori dogmatico.

## **Crisi della definizione di medicina (tesi n° 22)**

**La definizione classica di medicina è del tutto inadeguata ad affrontare la realtà del nostro tempo.** E' necessaria perciò una ridefinizione delle medicina che tenga conto della complessità in gioco. Da una definizione essenzialmente naturalistica della medicina si deve passare ad una definizione che rappresenti la natura ma anche la sua irriducibile complessità sociale. **La ridefinizione di medicina deve tenere conto della complessità e della diversità dei bisogni della persona malata e della società.** La medicina ormai non è più solo impresa medico-scientifica che trova in se stessa la sua giustificazione, ma è **impresa che necessita di condivisione e di approvazione sociale.**

## **Questione medica e crisi della medicina (tesi n°23)**

**La "questione medica" è espressione della crisi del modello di medicina oggi in atto.** La "questione medica" si manifesta in molte forme: limiti dell'autonomia professionale, condizionamenti nelle decisioni, perdita di ruolo, conflitti sociali. La crisi del modello di medicina e la questione medica stanno tra loro come la struttura e la sovrastruttura, nel senso che la prima influenza la seconda e viceversa. **Se non ci fosse la crisi della medicina, i medici avrebbero solo delle complicazioni professionali, non ci sarebbe la questione medica, ma solamente ordinari problemi professionali, facilmente risolvibili.** Siccome però **ci troviamo di fronte ad una crisi della medicina, i medici si trovano di fronte a nuove complessità da governare.** Mentre le complicazioni si risolvono con la logica del problem solving, le complessità del paradigma non si risolvono, ma si governano con il cambiamento, cioè con una logica riformatrice. **Ad una prospettiva di decadimento si deve rispondere con una controprospettiva di rinascita.**

## **Altri fenomeni "critici" che caratterizzano la questione medica**

Contribuiscono alla "questione medica" altri fenomeni "critici" di natura tecnica organizzativa o gestionale, che caratterizzano la professione medica ai nostri giorni:

- **il "genere" e la professione medica (tesi 24-26)**
- **i rapporti conflittuali con altre professioni (tesi 28-34)**
- **gli errori ed insuccessi medici (tesi 35-40)**
- **la medicina amministrata ed il proceduralismo (tesi 41-44)**

Altre problematiche relative alla decapitalizzazione del lavoro medico sono trattate nella III macroarea, relativa ai rapporti tra medicina ed economia.

## **II - Macroarea: IL MEDICO E LA SOCIETÀ**

### **Il medico e la società (tesi 45-47)**

Il cambiamento di cui necessità la medicina dei nostri giorni è determinato dal **cambiamento della società;** vale a dire che il cambiamento non riguarda solo la domanda di cure, ma soprattutto nuove esigenze sociali. **Il cambiamento sociale rispetto alla domanda di salute non è riducibile solo a questioni tecniche** tipo: l'invecchiamento, la cronicità, la morbidità, la mortalità ecc. **Oggi la società chiede relazione, informazione, partecipazione, consensualità, rispetto per le proprie opinioni, cioè chiede di essere protagonista della propria vita, quindi chiede valori non solo utilità.** Il cambiamento da comprendere riguarda **la persona, il cittadino, che chiede di prendersi cura di sé in modo del tutto consapevole e di condividere** (come "co-autore") **le scelte di cura.** Comprendere **questo tipo di cittadino** (che viene definito "esigente") aiuta a capire la nuova domanda sociale che esso rappresenta. **La sfida oggi è rispondere ad un nuovo modo di essere del cittadino con un nuovo modo di essere del medico.** Se si deve ridefinire il medico e quindi la medicina è necessario che tali ridefinizioni siano la conseguenza tanto di **una nuova idea di malato che di una nuova idea di malattia.** La sfiducia crescente da parte della società nei confronti dei medici nasce perché

alle trasformazioni del malato non sono seguite altrettanti cambiamenti culturali del medico.

### *La relazione (tesi 48-50)*

La fiducia sociale passa per il ripensamento delle relazioni. Ripensare le relazioni significa ripensare il modo di conoscere in medicina. Una relazione non è semplicemente uno scambio inter-soggettivo, ma un modo di fare il medico e di esercitare la medicina al fine di conoscere tanto gli oggetti che i soggetti. Per conoscere le malattie la relazione non serve perché basta saper osservare, ma per conoscere la persona malata la relazione è indispensabile. **Nessun malato sarà disposto a dare la propria fiducia ad un medico incapace di avere con lui una buona relazione. Le relazioni quindi sono la condizione per la fiducia.**

### *Il dialogo ed il linguaggio (tesi 51-53)*

Se la relazione vale come strumento di dialogo e per l'espressione del consenso informato allora il linguaggio diventa una questione fondamentale. Attraverso il linguaggio si dialoga e attraverso il linguaggio si creano le condizioni per il consenso. **Se si vuole ricostruire la fiducia compromessa è necessario parlare al cittadino ed alla società**, per convincerli della serietà e affidabilità dell'impresa medica. Per parlare e per convincere serve un linguaggio adatto che bisogna saper usare. **L'acquisizione di un linguaggio come strumento del medico per la conoscenza della persona malata necessita di una formazione specifica.**

### *Consenso informato (tesi 54-56)*

Il consenso informato, inteso come relazione, dialogo, condivisione è lo **strumento fondamentale per il recupero della fiducia sociale** e per combattere la piaga del contenzioso legale, quindi per riformare i rapporti tra medicina e società. Il vero significato di consenso informato non è ottenere da parte del malato una approvazione formale al trattamento cui sarà sottoposto, ma costruire le condizioni per una reale condivisione

delle scelte cliniche. **Con-senso**, in base al suo significato etimologico di costruire insieme senso, per il medico significa **co-costruire con la persona assistita il senso che ad essa serve per fare scelte di cura realmente consapevoli e condivise.**

### III - Macroarea: IL MEDICO E L'ECONOMIA

#### *Il medico e l'economia (tesi 57-62)*

Una parte della "questione medica e della crisi professionale del medico riguarda il rapporto tra professione e limite economico. Il limite economico rischia di diventare la giustificazione allo **snaturamento della professione** e di diffondere una **visione economicistica della medicina**. Per il medico, la questione economica non è riducibile semplicemente al creare condizioni finanziarie di risparmio, ma deve essere ricondotta al **mantenimento di un equilibrio tra i valori della morale, della scienza e dell'economia**. La scelta obbligata e deontologicamente vincolante per un medico è che **prima di tutto vengono le necessità del malato. La contropartita a questo obbligo deontologico è che il medico si impegni a soddisfare le necessità primarie del malato in modo ragionevole**, quindi in modo da rispondere anche alle necessità dell'economia. L'economia contro la professione si ritorce contro il malato, **l'economia attraverso la professione è a favore del malato.**

#### *Il medico e la sostenibilità (tesi 63-66)*

L'uso del termine sostenibilità è molto equivoco. Quasi sempre il termine viene usato con il **significato di definanziare il sistema per scopi di compatibilità con la spesa pubblica**. In tal senso definanziamento, sostenibilità, compatibilità sono la stessa cosa. Il medico deve svincolarsi da questa trappola che lo pone tra le necessità dell'economia e quelle della società, ma per fare ciò il medico ha la necessità di ripensare l'idea di sostenibilità. **Se il medico aderisce alla suddetta idea di sostenibilità rischia che la professione diventi solo medicina amministrata** e quindi snaturata nei suoi storici presupposti etico-scientifici. Oggi l'alternativa

all'idea distruttiva di sostenibilità per la professione è che la **professione adeguatamente ripensata diventi essa stessa soggetto riformatore importante** per combattere le disconomie e gli sprechi e produrre ricchezza producendo salute. **Un nuovo medico non è solo la risposta alle necessità della persona malata è anche la risposta a quelle dell'economia e della società.**

#### *La decapitalizzazione del lavoro medico (tesi 67-70)*

Se lo Stato è il primo a delegittimare la professione medica con politiche di svalutazione retributiva, non ci si deve meravigliare poi se la società nutre sentimenti di sfiducia nei confronti della professione medica. **Il lavoro medico dovrebbe essere ripensato per produrre valore aggiunto a vantaggio della spesa pubblica, dei cittadini, dell'economia e degli operatori.**

#### *Il medico e l'azienda (tesi 71)*

L'aziendalizzazione nei confronti della **professione medica** ha avuto l'effetto di **accentuarne la condizione di dipendenza**, cancellando le prerogative proprie di una professione speciale, che per le sue caratteristiche storiche non può essere una professione del tutto dipendente. In futuro è necessario definire **una azienda di servizio con un management che gestisca professionisti che in cambio di autonomia garantiscano responsabilità** e siano disponibili ad essere misurati sugli esiti e i risultati.

### IV - Macroarea: IL MEDICO E LA SCIENZA

#### *Clinica e cultura (tesi 72- 74)*

La medicina è una pratica collocabile tra scienza e società, tra **cultura scientifica e cultura sociale della salute, della malattia e della cura**. Il modo di ragionare scientifico della medicina si può sintetizzare nel concetto di clinica. Oggi è proprio questo concetto di clinica ad essere messo in discussione dalla società. Il problema che oggi si pone è **quale clinica ovvero quale rapporto di conoscenza deve esserci tra la razionalità scientifica del medico e la cultura di questa società**. Un nuovo medico

sarà tale se il suo modo di ragionare clinico imparerà a confrontarsi con la cultura che questa società esprime in merito alla salute, alla malattia, alla cura. **Oggi la clinica abbisogna di approvazione sociale quindi di essere giustificata non solo scientificamente ma anche socialmente.** La clinica non può ignorare l'esperienza personale del malato e le sue personali visioni del mondo. La clinica non può ignorare le richieste che la società pone come domanda di salute, come rispetto dei diritti, come esigenza di sostenibilità economica. **La clinica quindi va ricontestualizzata per dare risposte adeguate sia alle esigenze del cittadino che a quelle della società.**

## V - Macroarea: IL MEDICO ED IL LAVORO

### *Il medico e le riforme (tesi 76)*

Se vi è necessità di cambiare il medico, vi è parimenti **la necessità di organizzare questo cambiamento in una nuova idea di lavoro medico e di organizzazione del lavoro medico.** L'invarianza delle prassi mediche nei confronti del cambiamento sociale è uno dei più grandi problemi che la professione deve porsi. L'ordinamento dell'ultimo secolo ha lasciato intatte le grandi contraddizioni del lavoro medico, che oggi hanno contribuito ad esacerbare la "questione medica". Urgente quindi è **ridefinire le prassi professionali dentro nuove idee di servizi e nuove idee di organizzazione.** Da almeno un secolo la sanità ha **due contraddizioni** che sino ad ora non sono state in alcun modo rimosse: **la medicina di base e la medicina specialistica ambulatoriale da una parte e l'ospedale dall'altra.** Nella organizzazione attuale esistono modelli organizzativi non giustificati né dai bisogni dei cittadini né da quelli di economicità della gestione, **una riforma futura deve prevedere una unica macrostruttura integrata.**

### *Il medico e l'ospedale (tesi 77)*

Ripensare il ruolo del medico vale in particolare per il medico dell'ospedale. L'ospedale è il luogo dove maggiore è la sfiducia dei cittadini nei confronti della medicina e maggiore il fenomeno del contenzioso legale.



L'ospedale è il luogo dove più forte ed evidente è la crisi del paradigma positivista. **Clinica e ospedale sono la stessa cosa, se bisogna ripensare la clinica allora l'ospedale non può restare invariante, come non può restare invariante il medico ospedaliero.**

### *Il medico e la medicina convenzionata (tesi 78 e 79)*

Non ha senso riformare l'ospedale senza riformare contestualmente la medicina convenzionata. **È ormai improcrastinabile superare il sistema duale, che ormai ha più di un secolo, fatto dalla separazione tra medicina convenzionata e medicina ospedaliera.** Questo è possibile solo creando **"un solo perno del sistema"**, intorno al quale far ruotare tutto resto. A tale scopo è necessario ripensare l'organizzazione delle medicina di base e della specialistica ambulatoriale, ripensare in modo innovativo il modello delle convenzioni, ripensare l'organizzazione del lavoro nel senso di dipartimentalizzare con l'ospedale tanto la medicina di base che quella specialistica. **Ormai non si tratta più di integrare servizi concepiti per essere divisi (medicina di base medicina specialistica ambulatoriale e ospedale), ma di definire un sistema unitario costituito da sottosistemi correlati e riorganizzati come tali.**

### *Il medico e lo stato giuridico della professione (tesi 80-88)*

Il superamento del sistema duale medicina convenzionata/medicina pubblica pone il problema di definire un comune status giuridico della professione medica. Se si suppone di integrare i diversi sottosistemi della sanità, non ha senso distinguere giuridicamente e contrat-

tualmente medico da medico. Quindi il quesito che si pone è **quale statuto giuridico per un medico oltre le distinzioni e le separazioni storiche?** Tuttavia, la questione di definire un nuovo statuto giuridico per una sorta di "medico unico" non può essere scollegata da quella della spesa pubblica che considera paradossalmente il lavoro medico in sanità un anti capitale. Cioè la ridefinizione giuridica del medico non può che coincidere con una operazione di ricapitalizzazione della professione. **Una proposta di riforma del lavoro medico dovrebbe avere lo scopo di produrre un valore aggiunto, che risponda alle esigenze delle persone, a quelle della spesa pubblica, a quelle dei professionisti.** Oggi è irrealistico rivendicare aumenti di salario il cui costo si ripercuotesse sulla crescita della spesa pubblica, senza offrire alcuna contropartita. Se si vuole ricapitalizzare il lavoro medico, l'unica strada realistica sono le contropartite che il medico deve offrire al cittadino e alla spesa pubblica. **Per accrescere il valore aggiunto del lavoro medico è necessario che il lavoro diventi motore della sostenibilità.** La leva su cui agire è **lo scambio autonomia/responsabilità/risultati**, quindi è necessario andare oltre lo statuto giuridico del lavoro dipendente o convenzionato ed inventare una nuova specie di **operatore azionista per il quale il lavoro è un capitale da valorizzare il più possibile.**

## VI - Macroarea: LA MEDICINA, IL MEDICO, IL FUTURO

### *Una nuova definizione di medicina (tesi 89-91)*

La questioni già considerate come cause della "questione medica" im-

pongono per il futuro una ridefinizione del modello di medicina. La **nuova “identità” della medicina** è fatta di una **“unitarietà di saperi”**, che consente di **curare e prendersi cura dei bisogni della singole persone malate e allo stesso tempo di contribuire a dare risposte alle esigenze della società**. La riscrittura di un paradigma è una impresa riformatrice complessa, resta inteso però che **non può cambiare il ruolo del medico se non cambia il modello di medicina. La medicina non può che essere “una conoscenza a molte conoscenze”**, perché tanto la persona malata che la società sono oggi “mondi a molti mondi”. In questa ottica la medicina deve **saper coniugare le conoscenze scientifiche, le competenze tecniche e le competenze relazionali** atte ad interpretare i particolari bisogni della singola persona malata e le esigenze generali della società. **La medicina, oggi più di ieri, deve rendere conto di quello che fa, informando, condividendo e cercando il consenso sia delle singole persone assistite che della società.**

**Tesi per ridefinire il malato (tesi 92)**  
 Il malato è una complessità e in quanto tale non è riducibile solo a natura. Egli in realtà è un “mondo a molti mondi”, con bisogni e vissuti di varia natura. In grande sintesi, **possiamo dire che il malato è la totalità della sua storia e della sua vita**. In quanto tale, la conoscenza del malato necessita di un approccio pluridimensionale. **Questo significa che la spiegazione scientifica della malattia va integrata con altri generi di spiegazioni**. La cura è un “potenziale” che per prima cosa appartiene al malato. **La relazione di cura è la condizione nella quale si esprimono al meglio le possibilità di cura**. La cura non è solo cura della malattia, ma prendersi cura di tutti i bisogni della persona, nel rispetto della sua autonomia decisionale. **Nella relazione di cura è necessario trovare la sintesi migliore tra le risorse del malato quelle della medicina scientifica e quelle economiche a disposizione**. Tutte le risorse, personali, relazionali, scientifiche, economiche devono cooperare al fine della cura.

### **Tesi per ridefinire la medicina della scelta (tesi 93)**

per definire una idea di medicina diversa da quella classica del paradigma positivista si propone di usare l'espressione **“medicina della scelta”**. Se il malato è un “mondo a molti mondi”, una complessità, un insieme di potenzialità, viene meno il presupposto del positivismo, cioè quello della scelta clinica a senso unico resa obbligatoria dalla sola logica clinica e con un unico decisore. **Nella medicina dei nostri giorni la scelta non riguarda solo il medico ma anche il malato e quindi impone nuove autonomie e nuove responsabilità**. Per queste ragioni il concetto di scelta è assunto come emblematico di una **nuova idea di malato** e quindi di una **nuova idea di medicina**.

### **Tesi per ridefinire il medico (tesi 94)**

si propone di indicare con il termine **“autore” il medico in grado di operare secondo i principi della “medicina della scelta”**. Il medico “autore” è il medico che nella relazione di cura e **nel confronto tra reciproche autonomie e responsabilità condivide con la persona assistita le scelte di cura, tenendo contemporaneamente presenti le esigenze generali della società**. Il medico “autore” costituisce un profondo ripensamento del modo di essere del medico rispetto al modello del medico positivista. **Il medico “autore” è la risposta alle attuali “scollature” tra medicina e sanità, tra medicina e società, tra medicina e economia**.

### **Tesi di sintesi (tesi 95-100)**

Si definisce **“medicina della scelta”** il ripensamento della medicina positivista con lo scopo di definire una **“medicina della complessità”** i cui ambiti costitutivi siano i saperi della scienza della filosofia, dell'etica e dell'economia. La **“medicina della scelta”** quale conoscenza della complessità è razionalità, ma anche opinione, confronto, condivisione. **La “medicina della scelta” si basa sull’approvazione sociale delle proprie decisioni quindi su una diffusa corresponsabilizzazione sociale**, per cui ciò che è considerato scientifico dal medico non può essere diverso da ciò che è considerato soddisfacente per il malato. **Il concetto di libertà di scelta si oppone a quello di obbligatorietà e pone un problema epistemico nuovo, quello del rapporto tra evidenze scientifiche e opinioni personali del malato**. Se consideriamo l'evidenza scientifica non come una verità apodittica ma come una verità probabile e se consideriamo il diritto della persona ad esprimere le sue preferenze, il **consenso informato e la condivisione delle scelte di cura costituiscono percorsi per l'alleanza di cura**. Il medico che regola l'esercizio della propria attività professionale riferendosi ai principi della **“medicina della scelta”** è definito **“autore”**. **La “medicina della scelta” è la medicina adeguata alla nostra società ed il medico “autore” è il medico adeguato alla nostra società**.



# Decreto Fiscale 157/2019: le novità per i professionisti

Articolo 18 Legge n. 157/19 (Modifiche al regime dell'utilizzo del contante).

L'articolo 18, comma 1, lettera a), detta disposizioni volte a modificare il regime di utilizzo del contante, stabilendo che il valore soglia, pari a 3.000 euro nella legislazione previgente, oltre il quale si applica il divieto al trasferimento del contante fra soggetti diversi, venga ridotto a 2.000 euro a decorrere dal 1° luglio 2020 e fino al 31 dicembre 2021, per ridursi ulteriormente a 1.000 euro a decorrere dal 1° gennaio 2022.

In particolare, il comma 1 dell'articolo in esame modifica l'articolo 49, del decreto legislativo n. 231 del 2007, che definisce i limiti all'uso del contante e dei titoli al portatore, ridefinendo tra l'altro la soglia oltre la quale si applica il divieto al trasferimento di denaro contante e di titoli al portatore in euro o in valuta estera, effettuato a qualsiasi titolo tra soggetti diversi, siano esse persone fisiche o giuridiche. L'art. 18, comma 1, lettera b), novella l'art. 63 del decreto legislativo n. 231 del 2007. Tale articolo prevede che, fatta salva l'efficacia degli atti, alle violazioni delle disposizioni di cui all'articolo 49, commi 1, si applichi la sanzione amministrativa pecuniaria da 3.000 euro a 50.000 euro.

La novella in esame, integrando il citato articolo 63, stabilisce che il minimo edittale:

- per le violazioni commesse e contestate dal 1° luglio 2020 al 31 dicembre 2021 è fissato a 2.000 euro.
- per le violazioni commesse e contestate a decorrere dal 1° gennaio 2022, è fissato a 1.000 euro.

Si rileva che l'articolo 23 del decreto fiscale, che prevedeva sanzio-

ni per la mancata accettazione di pagamenti effettuati con carte di debito e credito, è stato soppresso durante l'esame presso la Camera dei deputati.

Ciò detto, si sottolinea che l'obbligo di accettare pagamenti effettuati attraverso carte di debito o credito trova la sua fonte legislativa primaria nella disposizione di cui all'articolo 15, comma 4, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, e successive modificazioni e integrazioni. Pertanto si rileva che l'obbligo dei professionisti di dotarsi del POS è già vigente. Tale obbligo non trova applicazione nei casi di oggettiva impossibilità tecnica. A tale obbligo ad oggi non è, quindi, correlato un apparato sanzionatorio.

Si evidenzia che il Governo in risposta ad una interrogazione parlamentare alla Camera dei deputati (n. 502936 dell'11 giugno 2014) afferma che la normativa in esame avrebbe introdotto un onere (e non un obbligo giuridico), riferito ai soli casi in cui sarebbero i clienti a richiedere al professionista la forma di pagamento tramite carta di debito. Si rileva tuttavia che, pur non essendo prevista una sanzione, si potrebbe creare una situazione di "mora del creditore". È la situazione in cui il creditore, cioè il soggetto che deve ricevere il pagamento, non lo incassa per sua colpa. In questo caso viene meno - art. 1207 c.c. - il diritto agli interessi per il creditore, che anzi deve risarcire al debitore eventuali danni derivanti dalla mora. In conclusione, qualora il professionista non sia dotato di POS, si determinerebbe la sola facoltà del cliente di non proce-

dere al pagamento fintanto che il professionista non se ne doti, ma nessuna sanzione potrebbe essere applicata.

Articolo 1, commi 288-290, Legge n. 160/19 (Misure premiali per utilizzo strumenti di pagamento elettronici).

Il comma 290 stanziava 3 miliardi di euro per gli anni 2021 e 2022 per l'attribuzione di rimborsi in denaro a favore di soggetti che fanno uso di strumenti di pagamento elettronici (comma 288). Con un decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, da emanarsi entro il 30 aprile 2020, sono disciplinate le modalità di attuazione della disposizione in esame (comma 289).

Articolo 1, commi 679 e 680, Legge n. 160/19 (Tracciabilità delle detrazioni).

I commi 679 e 680 dispongono che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche, la detrazione dall'imposta lorda nella misura del 19 % degli oneri spetta a condizione che l'onere sia sostenuto con versamento bancario o postale ovvero mediante altri sistemi di pagamento tracciabili.

In particolare, il comma 679 subordina la fruizione della detrazione del 19 per cento, prevista per gli oneri di cui all'articolo 15 del TUIR e da altre disposizioni normative, al pagamento della spesa con strumenti tracciabili. L'articolo 15 del TUIR dispone la detraibilità dall'imposta lorda per un importo pari al 19 per cento per gli oneri sostenuti dal contribuente per le spese sanitarie. Pertanto tutte le spese che danno luogo allo sconto fiscale del 19 per cento nella dichiarazione

dei redditi, a decorrere dal 2020, non potranno più essere effettuate con l'utilizzo del contante, pena la perdita della detrazione stessa (ad esempio le visite e le prestazioni specialistiche presso i liberi professionisti e i certificati fiscalmente detraibili rilasciati dai medici di

medicina generale e dai pediatri di libera scelta). La disposizione specifica nel dettaglio che per strumenti tracciabili sono da intendersi i versamenti bancari o postali ovvero quelli avvenuti tramite carte di debito, di credito e prepagate, assegni bancari e circolari. Il com-

ma 680 dispone che resta ferma la possibilità di pagare in contanti, senza perdere il diritto alla detrazione, i medicinali e i dispositivi medici, nonché le prestazioni sanitarie rese dalle strutture pubbliche o da strutture private accreditate al Servizio sanitario nazionale.

# Legge di Bilancio: articoli di interesse per i medici e gli odontoiatri

### **Articolo 1, commi 81 e 82 (Edilizia sanitaria).**

Il comma 81 prevede un incremento delle risorse pluriennali per gli interventi in materia di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico. L'incremento di risorse è pari nel complesso a 2 miliardi di euro. Il comma 82 differisce dal 31 dicembre 2014 al 31 dicembre 2021 il termine per il completamento di alcuni interventi di ristrutturazione edilizia sanitaria, relativi all'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria.

### **Articolo 1, comma 269 (Limiti di spesa per il personale del Servizio sanitario nazionale).**

Il comma 269 concerne l'ambito di applicazione dei limiti annui di spesa per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento alle regioni a statuto speciale ed alle province autonome.

### **Articolo 1, comma 271 (Incremento numero dei contratti di formazione medica specialistica).**

Il comma 271 dispone un incremento del numero dei contratti di formazione specialistica dei medici aumentando ulteriormente le risorse dell'autorizzazione di spesa prevista a legislazione vigente. La disposizione in esame è volta incrementare il

numero dei contratti di formazione specialistica dei medici mediante l'aumento delle risorse previste dall'autorizzazione di spesa di cui al comma 521, art. 1, della legge di bilancio 2019 (Legge 145/2018) pari a 5,425 milioni per il 2020; 10,850 milioni per il 2021; 16,492 milioni per il 2022; 22,134 milioni per il 2023 e 24,995 milioni a decorrere dall'anno 2024.

### **Articolo 1, comma 334 (Estensione delle categorie di soggetti esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria).**

Il comma 334 amplia le categorie dei soggetti esenti dalla partecipazione della spesa sanitaria, comprendendo in esse, a partire dal 1° gennaio 2020, anche i minori privi del sostegno familiare, per i quali specifiche misure siano state attivate dall'autorità giudiziaria. Gli oneri derivanti dalla disposizione in esame, non quantificati, sono posti a valere sulle risorse del Fondo sanitario nazionale.

### **Articolo 1, commi 348-352 (Obbligo di esposizione del numero telefonico nazionale anti violenza e anti stalking).**

I commi 348-352 prevedono l'obbligo di esposizione di un cartello recante il numero verde di pubblica utilità per il sostegno alle vittime di violenza e di stalking, nei locali delle ammini-

strazioni pubbliche dove si erogano servizi diretti all'utenza, negli esercizi pubblici, nelle unità sanitarie locali e nelle farmacie. L'individuazione delle modalità applicative della disposizione è demandata ad un decreto del Presidente della Repubblica d'intesa con la Conferenza unificata. Più nel dettaglio la disposizione, al comma 348, introduce l'obbligo, per le pubbliche amministrazioni, di esporre in modo visibile al pubblico un cartello recante il numero verde di pubblica utilità per il sostegno alle vittime di violenza e stalking nei locali dove si erogano servizi diretti all'utenza. L'obbligo di esposizione del cartello contenente il numero verde anti violenza, è altresì contemplato, secondo quanto previsto dal comma 350: nei locali dove si svolge l'assistenza medico generica e pediatrica; secondo quanto previsto dall'art. 25 legge n. 833 del 1978 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) l'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino.

### **Articolo 1, commi 446-448 (Abolizione quota fissa di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie).**

I commi 446-448 prevedono, nelle more della revisione del sistema di

compartecipazione alla spesa sanitaria, l'abolizione, a decorrere dal 1° settembre 2020, della quota di compartecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati pari a 10 euro per ricetta (cd. "superticket").

### **Articolo 1, commi 449 e 450 (Apparecchiature sanitarie dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta).**

I commi 449 e 450 destinano in favore dell'utilizzo di apparecchiature sanitarie da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta una quota delle risorse statali per gli interventi in materia di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico. La proprietà delle apparecchiature acquisite con le risorse in oggetto è degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale. In particolare, il comma 449 autorizza un contributo pari a 235,834 milioni di euro, nell'ambito delle risorse summenzionate non ancora ripartite tra le regioni. Il contributo è inteso al miglioramento del processo di presa in cura dei pazienti ed alla riduzione del fenomeno delle liste d'attesa. I trasferimenti alle regioni delle quote relative al suddetto contributo devono essere definiti sulla base di un piano dei fabbisogni predisposto e approvato nel rispetto dei parametri fissati con decreto del Ministro della salute, da emanarsi entro il 31 gennaio 2020, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

Con il medesimo decreto sono definite la distribuzione delle risorse in esame alle regioni in quota capitaria e le modalità con cui le stesse regioni, nell'ambito degli accordi integrativi regionali, individuano le attività assistenziali all'interno dei quali verranno utilizzati i dispositivi medici di supporto, privilegiando ambiti relativi alla fragilità e alla cronicità, anche con l'utilizzo di strumenti di telemedicina finalizzati alla second opinion. Il comma 450 demanda a determinazioni degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale le modalità

con cui sono messe a disposizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta le apparecchiature in oggetto. Articolo 1, comma 451 (Disposizioni in materia di personale della ricerca sanitaria) Il comma 451 integra e definisce la procedura speciale di reclutamento, presso gli IRCCS pubblici e gli IZS, di personale a tempo determinato appartenente al ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria.

Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della sezione del contratto collettivo del comparto Sanità dedicata al personale del ruolo della ricerca sanitaria (avvenuta il 12 luglio 2019), i summenzionati Istituti possono assumere, con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, il personale in servizio alla data del 31 dicembre 2017, con rapporti di lavoro flessibile instaurati a seguito di procedura selettiva pubblica ovvero titolare, alla data del 31 dicembre 2017, di borsa di studio erogata dagli Istituti a seguito di procedura selettiva pubblica, con anzianità di servizio ovvero titolarità di borsa di studio di almeno tre anni negli ultimi cinque anni. La progressione economica alle fasce retributive superiori del personale così assunto avviene, in fase di prima applicazione, secondo le procedure e i criteri di valutazione definiti con decreto interministeriale, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

### **Articolo 1, comma 452 (Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà).**

Il comma 452 autorizza un contributo di 300.000 euro per ciascuno degli anni 2020- 2022 in favore dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP). Il contributo è inteso a consentire il corretto svolgimento delle funzioni demandate al suddetto Istituto in base all'articolo 1, commi 458-460 (Medici dell'INPS) Il comma 458 prevede che per assicurare all'INPS il presidio delle funzioni relative all'invalidità civile, di cui all'articolo 130

del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e delle attività medico-legali in materia previdenziale e assistenziale affidategli, l'INPS è autorizzato a stipulare con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in ambito nazionale, con effetto a partire dall'anno 2021 e fermo restando l'avvio della procedura di cui al comma 459 dall'anno 2020, convenzioni per il conferimento di incarichi di 35 ore settimanali ad un numero di medici non superiore a 820 unità all'anno. Detta procedura prevede l'adozione di un atto di indirizzo, con decreto del Ministero del lavoro, di concerto con il Ministero per la PA ed il Ministero della salute, sentito l'INPS per gli aspetti organizzativo-gestionali e sentita la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri. L'atto di indirizzo, oltre a stabilire la durata delle convenzioni ed i criteri per l'individuazione delle organizzazioni sindacali rappresentative, deve fornire gli indirizzi sul regime delle incompatibilità e delle tutele normative previdenziali del rapporto convenzionale, tenendo conto dei principi di equità normativa e retributiva, in relazione alle altre tipologie di medici che operano per l'INPS.

Il comma 460 infine fissa la copertura dei maggiori oneri connessi ai predetti rapporti convenzionali, assegnando all'INPS risorse pari a 7,2 milioni di euro per ciascun anno del triennio 2021-2023, 7,3 milioni per ciascun anno del triennio 2024-2026, 7,6 milioni per ciascun anno del triennio 2027-2029 e 7,8 milioni a decorrere dall'anno 2030.

### **Articolo 1, commi 461 e 462 (Nuovi servizi resi dalle farmacie).**

I commi 461 e 462 prorogano al biennio 2021-2022 la sperimentazione in materia dei nuovi servizi resi dalle farmacie, prevista dalla normativa vigente per 9 regioni già individuate nel triennio 2018- 2020, con oneri posti a carico del Servizio sanitario nazionale, ampliandola, nel medesimo biennio, alle restanti regioni a statuto ordinario. La nuova spesa per la proroga e per l'estensione della sperimentazione è autorizzata in 25,3 milioni per ciascun

anno del biennio 2021-2022. Viene infine prevista la possibilità di usufruire presso le farmacie, in attuazione del piano nazionale della cronicità, di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, mediante forme di collaborazione tra farmacie prescelte dal paziente e medici di medicina generale e pediatra di libera scelta. Il comma 462, inoltre, novellando con una nuova lettera e-bis) l'articolo 1, comma 2, del D.Lgs. n. 153 del 2009 che prevede in dettaglio i nuovi servizi erogabili dalle farmacie, stabilisce la possibilità dei pazienti di usufruire presso le farmacie, in collaborazione con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, e comunque nel rispetto di prescrizioni mediche, di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci. La finalità è favorire la presa in cura dei pazienti cronici e di concorrere all'efficientamento della rete dei servizi, in attuazione del Piano nazionale della cronicità - Intesa del 15 settembre 2016 sancito in sede di Conferenza Stato-regioni.

A tal fine, attraverso le procedure della ricetta elettronica di cui all'articolo 13 del D.L. 179 del 2012 (L. 221/2012) dettate per le prescrizioni mediche e le cartelle cliniche digitali, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta chiamati ad effettuare le prescrizioni possono intrattenere ogni forma di collaborazione con le farmacie prescelte dal paziente per l'erogazione dei servizi, anche attraverso le funzionalità del dossier farmaceutico. Per quanto riguarda le prestazioni ed i servizi erogati dalla disposizione in esame, le farmacie devono fornire ai pazienti interessati ogni utile e completa informazione sulle cure prestate e sulle modalità di conservazione ed assunzione personalizzata dei farmaci prescritti. Le stesse, inoltre, devono informare periodicamente, ovvero ogni volta che risulti necessario, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta oppure il medico prescrittore sulla regolarità o meno della assunzione dei farmaci o su ogni altra notizia che si ritenga utile, compresa la necessità di rinnovo delle prescrizioni di farmaci per garantire l'aderenza alla terapia.

### **Articolo 1, comma 463 (Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza).**

Il comma 463 reca un'autorizzazione di spesa di 1 milione di euro annui dal 2020 per attuare l'istituzione della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e l'istituzione del referto epidemiologico, inerente alla valutazione dello stato di salute complessivo della popolazione.

### **Articolo 1, comma 464 (Disposizioni in materia di medicinali omeopatici).**

Il comma 464 è diretto a prolungare, oltre il 31 dicembre 2019, il termine fino al quale i medicinali omeopatici, in alcuni casi, possono rimanere sul mercato anche se privi di un formale provvedimento autorizzativo. Più in particolare: - i medicinali interessati da un procedimento di rinnovo depositato in AIFA entro il 30 giugno 2017, sono mantenuti in commercio fino al completamento della relativa valutazione; - gli altri medicinali omeopatici presenti nel canale distributivo al 1 gennaio 2020, sono mantenuti in commercio fino alla data di scadenza del medicinale indicata in etichetta e comunque non oltre il 1 gennaio 2022.

### **Articolo 1, commi 466 e 468 (Stabilizzazione di personale negli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale e Prosecuzione di rapporti di lavoro).**

Il comma 466, allo scopo di fronteggiare la grave carenza di personale del Servizio sanitario nazionale, estende fino al 31 dicembre 2022, con esclusivo riferimento agli enti ed aziende del Ssn, le norme della disciplina transitoria di carattere generale che consentono l'assunzione a tempo indeterminato di dipendenti che abbiano rapporti di lavoro a termine o di lavoro flessibile con pubbliche amministrazioni. Le modifiche concernono sia il termine temporale di applicazione della disciplina sia i requisiti stabiliti per i lavoratori in esame. Il comma 468 modifica i termini di applicazione della disciplina transitoria relativa alle procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di personale medico, tecnico-professiono-

nale e infermieristico e alla prosecuzione temporanea di rapporti di lavoro in essere.

La disposizione - oltre ad esplicitare che la disciplina transitoria in oggetto riguarda anche il personale dirigenziale - differisce dal 31 dicembre 2018 al 31 dicembre 2019 il termine per l'indizione delle procedure suddette e dal 31 dicembre 2019 al 31 dicembre 2020 il termine per la loro conclusione e per la prosecuzione temporanea di rapporti di lavoro in essere

### **Articolo 1, commi 470-472 (Formazione specialistica nel settore sanitario).**

I commi 470-472 recano alcuni interventi in materia di formazione specialistica nel settore sanitario, relativi all'istituzione di una tecnostruttura per supportare le attività dell'Osservatorio nazionale e degli Osservatori regionali per la formazione medica specialistica, nonché all'estensione delle competenze dello stesso Osservatorio nazionale - con conseguente cambio della sua denominazione (Osservatorio nazionale per la formazione sanitaria specialistica), con riferimento alle scuole di specializzazione destinate alla formazione degli ulteriori profili professionali sanitari. La disposizione stabilisce inoltre gli stanziamenti in materia, in favore della suddetta tecnostruttura e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Il comma 471 autorizza, a decorrere dal 2020, una spesa pari a 3 milioni di euro annui per l'organizzazione, il funzionamento e lo svolgimento delle attività (anche mediante accordi e convenzioni con le istituzioni universitarie) della tecnostruttura summenzionata.

Il comma 472 autorizza una spesa di 3 milioni di euro nell'anno 2020 e di 2 milioni annui a decorrere dal 2021 da destinare all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), per il supporto alle attività del Ministero della salute e delle regioni concernenti la definizione del fabbisogno di medici e professionisti sanitari, nonché per il supporto all'Osservatorio nazionale ed agli Osservatori regionali summenzionati. Lo stanziamento è disposto con riferimento alla

finalità di sviluppare e adottare metodologie e strumenti per la definizione del fabbisogno summenzionato, con l'obiettivo di una distribuzione dei posti da assegnare per l'accesso ai corsi di medicina e chirurgia e delle professioni sanitarie ed alle scuole di specializzazione di area sanitaria rispondente alle effettive esigenze del Servizio sanitario nazionale.

### **Articolo 1, commi 691 e 692 (Regime forfettario).**

I commi 691 e 692 recano alcune modifiche alla disciplina del regime forfettario:

- sopprimono l'imposta sostitutiva al 20% (contribuenti con ricavi tra 65.001 e 100.000 euro) prevista a partire dal 2020;
- reintroducono come condizione per l'accesso al regime forfettario al 15% il limite delle spese sostenute per il personale e per il lavoro accessorio, nonché l'esclusione per i redditi di lavoro dipendente eccedenti l'importo di 30.000 euro;
- stabiliscono un sistema di premialità per incentivare l'utilizzo della fatturazione elettronica.

In particolare il comma 691 abroga la disciplina introdotta dalla legge di bilancio 2019 (commi da 17 a 22, dell'articolo 1, della legge 30 dicem-

bre 2018, n. 145) che consente dal 1° gennaio 2020 alle persone fisiche esercenti attività d'impresa, arti o professioni che hanno conseguito (nel periodo d'imposta precedente a quello per il quale è presentata la dichiarazione) ricavi o percepito compensi tra 65.001 e 100.000 euro di avvalersi di un'imposta sostitutiva con aliquota al 20 per cento dell'imposta sul reddito, delle addizionali regionali e comunali e dell'imposta regionale sulle attività produttive. Il comma 692, lettera a), dell'articolo in esame sostituisce il comma 54, dell'articolo 1, della legge di stabilità 2015 (legge 23 dicembre 2014, n. 190), che istituisce per gli esercenti attività d'impresa e arti e professioni un nuovo regime forfettario di determinazione del reddito da assoggettare a un'unica imposta sostitutiva di quelle dovute con aliquota al 15 per cento. La lettera a) del nuovo comma 54, come modificato, mantiene fermo a 65.000 euro il limite dei ricavi conseguiti o compensi percepiti nell'anno precedente per accedere al regime forfettario agevolato.

La lettera b) del nuovo comma 54 reintroduce come condizione accessoria necessaria per l'accesso al regime forfettario il limite alle spese sostenute per il personale e per il lavoro accessorio (requisito soppresso

dalla legge di bilancio 2019). Pertanto potranno accedere al regime agevolato forfettario i contribuenti che, oltre a non avere superato il limite dei 65.000 euro, hanno sostenuto spese per un ammontare complessivamente non superiore ad euro 20.000 lordi per lavoro accessorio, per lavoro dipendente e per compensi erogati ai collaboratori, anche assunti per l'esecuzione di specifici progetti, comprese le somme erogate sotto forma di utili da partecipazione agli associati e le spese per prestazioni di lavoro prestato dall'imprenditore o dai suoi familiari.

### **Articolo 1, comma 859 (Ammissione medici alle scuole di specializzazione sanitaria).**

Il comma 859 dispone che per l'ammissione di medici alle scuole di specializzazione di area sanitaria è autorizzata l'ulteriore spesa di 25 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021 e di 26 milioni di euro a decorrere dall'anno 2022. Lo stanziamento in commento è diretto a finanziare l'ammissione dei medici alle Scuole di specializzazione di area sanitaria, riordinate ed accreditate ai sensi dei decreti ministeriali D.M. n. 68 del 4 febbraio 2015 e D.M. n. 402 del 13 giugno 2017, a seguito di superamento di un concorso per titoli ed esami.

## ANNUNCIO NUOVO CORSO FAD SU "I MARCATORI TUMORALI"

Dal 22 febbraio 2018 è stato attivato sulla piattaforma FadinMed ([www.fadinmed.it](http://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.

# Banca Nazionale per le DAT

Sulla Gazzetta Ufficiale n.13 del 17-1-2020 è stato pubblicato il decreto sulla creazione della banca nazionale dedicata alle disposizioni anticipate di trattamento (DAT).

Il provvedimento è stato emanato in considerazione della disposizione di cui all'art. 1, comma 418, della legge 27 dicembre 2017, n.205, recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020", che ha previsto **l'istituzione presso il Ministero della salute di una banca dati destinata alla registrazione delle Disposizioni anticipate di trattamento (DAT)** attraverso le quali ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, può esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari.

Il decreto stabilisce le modalità di raccolta delle copie delle Disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, nella Banca dati nazionale, istituita presso il Ministero della salute e gestita dalla Direzione generale competente in materia di digitalizzazione e sistemi informativi sanitari. Esso definisce, inoltre, il funzionamento e i contenuti informativi della predetta Banca dati, nonché le modalità di accesso alla stessa da parte dei soggetti legittimati ai sensi della normativa vigente.

**Obiettivo della Banca dati nazionale è quello di effettuare la raccolta di copia delle disposizioni anticipate di trattamento di cui all'articolo 4 della legge n. 219 del 2017, garantirne il tempestivo aggiornamento in caso di rinnovo, modifica o revoca e di assicurare**

**la piena accessibilità delle stesse sia da parte del medico che ha in cura il paziente, allorché per questi sussista una situazione di incapacità di autodeterminarsi, sia da parte del disponente sia da parte del fiduciario dal medesimo nominato.**

L'art. 4 (Accesso ai dati) prevede che:

1. Per le finalità di cui al presente decreto, la Banca dati nazionale, con le modalità definite nel disciplinare tecnico di cui all'articolo 10, consente la consultazione dei documenti in essa contenuti ai seguenti soggetti:
  - a) **il medico che ha in cura il paziente ed è chiamato ad effettuare accertamenti diagnostici, attuare scelte terapeutiche o eseguire trattamenti sanitari, laddove per il disponente sussista una situazione di incapacità di autodeterminarsi;**
  - b) il fiduciario, fino a quando conservi l'incarico;
  - c) il disponente.
2. **All'atto dell'accesso, il medico dichiara:**
  - a) le proprie generalità;
  - b) l'iscrizione all'Ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri;
  - c) le generalità del disponente, attestandone l'incapacità di autodeterminarsi;
  - d) **di avere in cura il disponente o di avere necessità di effettuare scelte terapeutiche per lo stesso.**
3. All'atto dell'accesso, il fiduciario indica:
  - a) le proprie generalità;
  - b) le generalità del disponente.
4. Nel caso in cui, al momento dell'accesso, risulti revocato l'incarico, al fiduciario sono resi noti i soli estremi dell'atto di revoca".

L'art. 9 (Modalità di monitoraggio) dispone che: "Al fine di verificare l'idoneità delle disposizioni del presente decreto a perseguire gli obiettivi fissati dal legislatore e a garantirne la più estesa attuazione, il Ministero della salute, sentito il Consiglio superiore di sanità, predispone e somministra, con frequenza biennale, **agli Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri** e ad enti del Terzo settore nel cui atto costitutivo sia prevista, tra le finalità, la tutela del diritto all'autodeterminazione terapeutica un idoneo questionario, che è valutato anche ai fini delle eventuali modifiche da apportare al presente decreto".

Il disciplinare tecnico allegato al decreto prevede che: **"Nel caso di accesso da parte di un medico alla Banca dati nazionale delle DAT per verificare che lo stesso sia titolato ad accedere in qualità di medico alle informazioni sulle DAT nonché, se disponibile, alla copia delle DAT:**

- **nelle more della disponibilità dell'Attribute Authority di SPID, è verificata l'iscrizione all'Ordine, dichiarata all'accesso, attraverso l'utilizzo dei servizi web della Banca dati messa a disposizione dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - FNOMCeO, che consente.**



# Suicidio assistito. Gli indirizzi applicativi all'art. 17 del codice deontologico

Il Consiglio Nazionale FNOMCeO ha ritenuto di dovere allineare la punibilità deontologica a quella giuridica fornendo indirizzi applicativi che andranno allegati all'art. 17 e correlati del Codice di Deontologia Medica.

I fatti sono noti e si collegano alla vicenda del DJ Fabo e della sua richiesta di suicidio assistito.

La corte Costituzionale aveva espresso il suo parere stabilendo che in casi ben determinati l'aiuto al suicidio non debba necessariamente comportare la punibilità di chi accoglie la richiesta del malato cui viene quindi riconosciuta la libertà di scegliere di morire con l'assistenza di terzi quando voglia sottrarsi, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto.

Per evitare rischi di abuso nei confronti di persone vulnerabili, l'aiuto potrà essere dato solo in determinate condizioni.

Il richiedente dovrà essere persona affetta da una patologia irreversibile e fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, trovarsi nelle condizioni di essere mantenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale, ma soprattutto, dovrà essere capace di prendere decisioni libere e consapevoli. Gli atti conseguenti ed utili ad ottenere l'intervento medico devono compiersi all'interno di strutture del SSN dopo il parere positivo di un comitato etico territorialmente competente.

Questo il testo degli indirizzi applicativi: **“la libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell'individuo,**

**il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (sentenza 242/19 della Corte Costituzionale e relative procedure), va sempre valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare”.**

I Consigli di disciplina degli Ordini saranno quindi chiamati a valutare ogni singolo caso nella sua specificità nell'ottica di tutelare la libertà di coscienza del medico ed il principio di autodeterminazione del paziente.

## 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.

# Morire di Rabbia al tempo del Coronavirus

Sono passati ormai molti mesi da quando sono rientrato dal Sud Sudan, paese in cui ho passato un anno ad operare in un ospedale distrettuale nella contea di Mundri Est, stato di Amadi, con Medici con l'Africa-Cuamm. Zona di guerra, coprifuoco, spostamenti sempre scortati quando possibile, capite che di cose da raccontare ce ne sarebbero moltissime.

In questo periodo di epidemia da Corona virus ho scelto di raccontare una storia che ai nostri occhi ha dell'incredibile, ma quello che succede nel Sud del Mondo è reale, e la sanità di cui ha accesso la maggior parte degli abitanti della terra è quel tipo di sanità. La nostra, quella occidentale, è quasi un'eccezione.

Ho atteso quasi una settimana prima di scrivere queste righe. Volevo che la memoria sedimentasse un po' i ricordi, le immagini, i suoni di ciò che sto per raccontare. È una specie di bisogno naturale affinché l'impressione non prenda il sopravvento sulle parole e il ricordo navighi in acque più tranquille dopo la tempesta di emozioni.

Ricordiamo tutti le fiabe della nostra infanzia; a ben pensare spesso erano racconti truci anche se sempre a lieto fine. Penso, che so, a Pollicino, La bella addormentata nel bosco, Biancaneve ecc. a ben pensare non erano proprio racconti idilliaci.

Una certa branca della psicoanalisi ritiene queste storie degli archetipi, ricordi di paure infantili come l'abbandono, la morte, la fame che poi venivano tradotte in racconti a lieto fine, un po' per acquietare le coscienze, un po' per esorcizzare i nostri demoni. Tra i nostri spiriti infantili non mancano mostri di ogni genere: draghi, streghe e... lupi mannari.

La figura dell'uomo lupo ha da sempre attraversato le fantasie degli esseri umani occidentali, ma forse una spiegazione c'è purtroppo e io ne sono stato testimone in questi ultimi giorni.

E' lunedì, tardo pomeriggio, sono già a casa dopo la mia giornata di lavoro, ma l'urgenza incombe. Vengo chiamato per una bambina di 7 anni che viene portata in preda ad una agitazione senza limiti, il corpo percorso da fremiti che paiono dolorosi, gli occhi... si quelli impressionano, sono spalancati e mostrano sentimenti di terrore misto a violenza. L'infermiera in turno ha già somministrato una fiala di valium senza apparente beneficio. Mi avvicino e la bimba emette urla che non si possono catalogare tra i suoni umani, appare proprio come un animale ferito, braccato, tenta in tutti i modi di allontanarmi da lei quasi io fossi un pericolo mortale per la sua esistenza.

Mi riferiscono che circa un mese prima è stata morsa da un cane randagio. Mi avvicino ancora per esaminare il polpaccio, luogo del morso, ma la bimba urla: spavento, dolore. Si sente minacciata. I parenti la tengono stretta, immobilizzata sul letto come un animale selvatico. La ferita è chiusa, la parte un po' gonfia, ma apparentemente non dolente, riesco infatti a toccarla senza suscitare ulteriore agitazione. A questo punto chiedo delucidazioni all'infermiera che mi risponde che ha eseguito la vaccinazione antirabbica, ma solo due dosi delle cinque previste. Chiedo perché, controllo nel registro, mi reco il magazzino. Purtroppo le dosi sono esaurite. Il suo destino è segnato.

Aggiungo un altro potente sedativo al valium, prescrivo che non subisca stimolazioni di nessun genere, chie-

do se ha terrore dell'acqua. Mi viene risposto di no, che è riuscita a bere un po'. Strano, la speranza non è del tutto morta, forse due dosi potrebbero essere state sufficienti, ma so di illudermi.

Torno in ospedale verso le dieci di sera, è un po' più tranquilla, ma gli occhi... sempre sbarrati, infuocati, pervasi da una sorta di ira impenetrabile. Aggiungo ancora un altro po' di sedazione nella speranza che trascorra una notte il più tranquilla possibile, è l'unica cartuccia che ho a mia disposizione. Alle quattro di notte vengo ancora chiamato. Mi avvicino al letto, la bimba è percorsa ancora da spasmi, urla in modo forsennato, cerco di toccarla e questa gira il suo sguardo ferino verso di me, noto la schiuma alla bocca e tenta di mordermi. Viene prontamente bloccata dai parenti e dal personale. Avviso di stare attenti, può essere infettiva anche lei.

Ancora sedativi, non posso far altro che provvedere all'esile consolazione, per lei per i parenti, affinché possa meritare una morte la più tranquilla e dignitosa possibile.

Questa soggiungerà ineluttabile alle sette del mattino.

La rabbia, quella mia, è il rammarrico cocente, il senso di fallimento, di nullità, di precarietà: bastava che le fosse stata somministrata la giusta dose di vaccino e non avrei assistito a questo scempio della natura.

Mi rendo conto solo ora che non ricordo il nome della bimba, l'ho dimenticato, l'ho forse nascosto nelle viscere della mia memoria, qualunque nome fosse stato non era più lei, un demone inesorabile le ha tolto il nome, la fanciullezza, la mente, la vita.

GELMINO TOSI

# Intelligenza Artificiale

**Dr.ssa Claudia Negri,  
Dr. Giulio Rigon.**

*I CLINICI DOVREBBERO RICERCARE UN'ALLEANZA IN CUI LE MACCHINE PREDICONO (CON UNA ACCURATEZZA SIGNIFICATIVAMENTE MAGGIORE) E GLI ESSERI UMANI SPIEGANO, DECIDONO E AGISCONO"*

Cos'è l'intelligenza artificiale? L'IA consiste in un insieme eterogeneo di tecniche e metodi volti a costruire sistemi artificiali dotati di capacità cognitive, che siano quindi capaci di riconoscere, classificare, ragionare, diagnosticare e anche agire, o che siano dotati almeno di alcune di queste proprietà.

Secondo A. Verghese, della Stanford University School of Medicine, autore di un approfondimento pubblicato sul JAMA, la prospettiva più auspicabile è quella di una collaborazione tra le due culture – del medico e dell'intelligenza artificiale – finalizzata a una maggiore efficienza del processo di cura. Nel loro articolo, dal titolo "What this computer needs is a physician: humanism and artificial intelligence", i tre autori sottolineano come le diverse qualità dell'intelligenza umana e artificiale andrebbero integrate al fine di massimizzare i benefici per i pazienti ed evitare potenziali conseguenze inaspettate. È infatti possibile che anche l'introduzione di sistemi basati sul concetto di intelligenza artificiale porti a effetti indesiderati. Il loro utilizzo nell'ambito della polizia predittiva e del credit scoring, per esempio, è risultato associato a problemi di discriminazione razziale e altri bias.

Ma quali sono le applicazioni concrete dell'intelligenza artificiale nel mondo della medicina?

In linea generale si può dire che l'applicazione della IA nel campo sanitario offre una serie di vantaggi rispetto alle tradizionali analisi cliniche e alle susseguenti decisioni mediche. Gli algoritmi di apprendimento della AI, in maniera sempre più precisa e raffinata, possono consentire di ottenere informazioni ultra accurate sulla diagnostica, sui processi di cura, sulla variabilità del trattamento e sui risultati dei pazienti.

I sistemi di Cognitive Computing tipici della IA, in particolare, costituiscono uno strumento utile per la realizzazione di Clinical Decision Support System (CDSS, sistemi di supporto alla decisione clinica) di nuova generazione, che possono giocare un ruolo fondamentale nei processi di prevenzione, diagnosi e cura, nonché nella riduzione degli errori medici.

Ad esempio, l'intelligenza artificiale è già oggi in grado di identificare con grande precisione le malattie (come i tumori) nelle immagini radiologiche, grazie alla possibilità di avere un accesso istantaneo a un patrimonio storico di dati non alla portata di un singolo medico.

Sono stati già effettuati studi mirati a rilevare l'accuratezza e l'affidabilità dell'utilizzo dell'IA in ambito sanitario. Ad esempio Barzilay, un esperto di intelligenza artificiale, ha utilizzato una raccolta di 90.000 radiografie al seno per creare software per prevedere il rischio di cancro di un paziente.

Lo studioso ha calcolato che il software avrebbe potuto segnalare il proprio cancro due anni prima che fosse diagnosticato con metodi convenzionali. "L'intelligenza artificiale è stata in grado di rilevare dettagli più piccoli di quelli che l'occhio umano poteva rilevare", ha affermato.

Sempre nel campo oncologico i ricercatori di Stanford hanno dimostrato un software in grado di diagnosticare il cancro della pelle con una precisione che compete con i dermatologi.

Un altro ambito in cui è stata testata l'AI è la ricerca genetica. Gli studiosi hanno dimostrato che gli algoritmi possono elaborare i dati genomici per prevedere le caratteristiche individuali, come l'altezza di una persona o il rischio di determinate malattie. Gli indicatori dell'intelligenza o di altri tratti potrebbero essere il prossimo step, allettando i genitori, armati di tecniche come la fecondazione in vitro e l'editing genico, per modellare - e non solo imparare - il destino della loro prole.

Molto discusso è stato uno studio pubblicato sulla rivista Nature a inizio 2020 che ha coinvolto Google e, in particolare, i suoi tecnici del Medical brain team. Utilizzando tecniche di IA, Google è riuscita a prevedere le probabilità di morte di un paziente con il 95 per cento di accuratezza, grazie alla possibilità di accedere automaticamente ai dati di precedenti analisi mediche e agli appunti di medici e infermieri. Sempre più promettenti invece appaiono le applicazioni della AI in ambito cardiologico: una ricerca del Medical Research Council di Londra pubblicata sulla rivista scientifica Radiology ha evidenziato come un software di ultima generazione equipaggiato con la IA, a partire dai dati forniti dalla risonanza magnetica cardiaca, è in grado di prevedere quali pazienti corrono maggiori rischi di andare incontro a evento cardiaco, primo fra tutti l'infarto.

Parte del fascino dell'IA è che può scansionare risme di dati familiari e individuare variabili che non abbiamo mai realizzato importanti.

In linea di principio, quel potere potrebbe aiutarci a diagnosticare qualsiasi malattia in fase iniziale.

L'intelligenza artificiale rappresenta quindi il futuro strumento diagnostico in ambito medico? Offre solo opportunità e benefici alla classe medica?

Secondo alcuni esperti non è proprio così. Ad esempio l'oncologo e scrittore S. Mukherjee esalta il potenziale dell'IA medica, ma avverte anche che dovremmo diffidare di alcuni degli aspetti meno desiderabili della tecnologia. Uno è l'aumento della raccolta di dati sui pazienti e sulle loro condizioni.

Tutte queste informazioni potrebbero essere allettanti per gli assicuratori sanitari o le agenzie governative, che potrebbero non avere sempre l'interesse del paziente come prima priorità. Mukherjee afferma che una conoscenza così potente richiederà ai medici di riflettere attentamente sul loro ruolo nella vita dei pazienti e nella società. I sistemi di intelligenza artificiale come quello di Google promettono di combinare esseri umani e macchine al fine di facilitare la diagnosi del cancro, ma hanno anche il potenziale per aggravare problemi preesistenti come il test eccessivo, la diagnosi eccessiva e il trattamento eccessivo.

L'utilizzo dei big data presenta infatti dei limiti che dipendono dalla loro stessa natura: rischi di bias nella selezione del campione, nella raccolta e nell'interpretazione delle informazioni che vengono elaborate, in grado di minacciare la validità e la generalizzabilità delle conclusioni.

In ambito epidemiologico, ad esempio, i flussi di dati sono particolarmente utili in quanto permettono di fare una fotografia, spesso istantanea, di un certo fenomeno in un dato momento, ma non consentono di cogliere gli aspetti legati alle interazioni tra i cittadini/pazienti e il contesto, spesso di difficile rappresentazione ed espressione esplicita in termini di digitalizzazione, a causa della possibile presenza di variabili confondenti e correlazioni spurie. Affinché i dati possano essere realmente utili, devono essere selezionati, strutturati e interpretati. Non sono pertanto le tecnologie ad essere decisive ma la capacità di estrarre valore dal loro uso.

Altri recenti progetti di IA medica si sono concentrati sulla diagnosi precoce dell'Alzheimer e dell'autismo, due condizioni in cui una rilevazione più rapida probabilmente non cambierà molto il risultato di un paziente. Queste sono opportunità fantastiche per mostrare come un algoritmo può imparare a identificare le caratteristiche che gli insegniamo a trovare, ma non rappresentano progressi che faranno la differenza nella vita dei pazienti.

L'approccio più fruttuoso sarebbe quello di utilizzare l'IA per identificare le persone che traggono il massimo beneficio dai trattamenti disponibili.

Come mette in evidenza Federico Cabitza, professore di interazione uomo-macchina all'Università degli Studi di Milano-Bicocca, il settore deve fare i conti con "una popolazione che invecchia, e una prevalenza

sempre maggiore di malattie cardiovascolari, oncologiche, metaboliche, degenerative, spesso associate a quadri clinici di multimorbilità, per i quali le evidenze scientifiche, disponibili in una quantità sempre maggiore di studi scientifici spesso di difficile interpretazione, trovano limitata applicazione.

E, non ultima, una crescente aspettativa da parte dei malati e dei loro cari, nell'idea che le malattie siano spiacevoli ostacoli, che si frappongono tra noi e il nostro diritto alla salute e che i medici sono tenuti a rimuovere efficientemente".

L'IA sta cambiando il paradigma culturale della medicina: le sue applicazioni potrebbero diventare sempre più indispensabili per fornire risposte in contesti ad elevata complessità e incertezza e consentire ai medici di avere più tempo per prendere in carico i bisogni assistenziali del proprio paziente.

L'IA sarà utile essenzialmente in quanto complementare per il medico, che potrà delegare alle macchine i calcoli e le operazioni sui dati ma tenere per sé l'interpretazione dei fenomeni complessi e le conseguenti possibili soluzioni.

I risultati migliori sono attesi quando l'IA sarà di supporto al personale sanitario, come un secondo set di occhi, o come modalità di integrazione culturale tra umani e macchine smart, evitando di enfatizzare dispute, in fondo abbastanza irrilevanti, su quale sistema cognitivo, umano o artificiale, sia più intelligente.

## BIBLIOGRAFIA

- <https://www.wired.com/story/ai-doctor-will-see-you-now/>
- <https://www.wired.com/story/artificial-intelligence-makes-bad-medicine-even-worse/>
- Nature 577, 89-94 (2020), McKinney S.M., Sieniek M., Shetty S. "International evaluation of an AI system for breast cancer screening"
- [https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=73313](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=73313)
- <https://www.ai4business.it/intelligenza-artificiale/intelligenza-artificiale-e-medicina/>
- JAMA. 2018;319(1):19-20. Abraham Verghese, MD1; Nigam H. Shah, MBBS, PhD1; Robert A. Harrington, MD1. "What This Computer Needs Is a Physician. Humanism and Artificial Intelligence"

# Il testamento del Dottor Li Weng Liang

Il Dottor Li Weng Liang, il medico che ha scoperto il coronavirus ed è morto la settimana scorsa per il contagio era di fede Cristiana e ha lasciato un testamento spirituale. L'ho scoperto perché me l'ha segnalato un caro amico. L'ho letto e ho pensato che poteva interessare a tutti quei colleghi che tutti i giorni nelle corsie degli ospedali danno il meglio di se per aiutare i malati.

Li era uno di noi, con una moglie, un bambino, un altro figlio in arrivo ed il mutuo da pagare. Aveva però anche il coraggio di dire la verità. Sfidando per quella la persecuzione del regime comunista, la sofferenza, e alla fine la morte. Ecco le sue parole:

*“Non voglio essere un eroe.  
Ho ancora i miei genitori, i miei figli, mia moglie incinta che sta per partorire e ci sono ancora molti miei pazienti nel reparto.*

*Sebbene la mia integrità non possa essere scambiata con la bontà verso gli altri, nonostante la mia perdita e confusione, devo ancora continuare.*

*Chi mi ha lasciato scegliere questo paese e questa famiglia? Quanti lamenti ho? Quando questa battaglia sarà finita, io guarderò il cielo, con lacrime che sgorgheranno come pioggia.*

*Non voglio essere un eroe, ma solo un medico.  
Non riesco a guardare questo virus sconosciuto che fa del male ai miei pari e a così tante persone innocenti.*

*Anche se stanno morendo, mi guardano sempre negli occhi, con la loro speranza di vita.  
Chi avrebbe mai capito che stavo per morire?*



Li Weng Liang con la famiglia - Foto Paolo Grandi

*La mia anima è in paradiso, guardando quel letto bianco di ospedale, su cui giace il mio stesso corpo, con la stessa faccia familiare.*

*Dove sono mio padre e mia madre? E la mia cara moglie, quella ragazza per cui stavo lottando fino all'ultimo respiro.*

*C'è una luce nel cielo!  
Alla fine di quella luce c'è il paradiso di cui spesso la gente parla.  
Preferirei non andare, preferirei tornare nella mia città natale a Wuhan.*

*Ho la mia nuova casa lì appena acquistata, per la quale devo ancora pagare il prestito ogni mese.  
Come posso rinunciare?  
Come posso cedere?*

*Per i miei genitori perdere il figlio quanto deve essere triste?*

*La mia dolce moglie, senza suo marito, come potrà affrontare le future vicissitudini?  
Me ne sono già andato.*

*Li vedo prendere il mio corpo, metterlo in una borsa dentro la quale giacciono molti altri connazionali.  
Andati come me, spinti nel cuore del fuoco, all'alba.*

*Arrivederci, miei cari.  
Addio, Wuhan, la mia città natale.*

*Spero che, dopo il disastro ti ricorderai che qualcuno ha provato a farti sapere la verità il prima possibile.*

*Spero che, dopo il disastro, imparerai cosa significa essere giusti.*

*Mai più brave persone dovrebbero soffrire di paura senza fine e tristezza profonda e disperata.*

*Ho combattuto la buona battaglia, ho terminato la corsa, ho conservato la fede.  
Ora c'è in serbo per me la corona della giustizia”.*

LI WEN LIANG

## In memoria del Professor Luciano Vettore

Luciano Vettore è stato un umanista che professava la nobile arte del medico e l'alto magistero dell'insegnamento della medicina. Ha posseduto il profilo del seminatore, dell'innovatore e del promotore di crescita culturale. Custodiva e perseguiva la ragionevole utopia di cambiare e migliorare le cose, donando al suo essere medico e docente il valore di ministerium, un servizio reso con generosità alla comunità medica e accademica.

Nel tempo in cui si andavano realizzando profondi cambiamenti nella Sanità e nell'Università, quali la nascita del Servizio Sanitario Nazionale e nelle Facoltà di Medicina la riforma degli ordinamenti didattici e delle scuole di specializzazione, ha partecipato in modo appassionato ed incisivo a queste trasformazioni, concependo i ruoli di medico e di docente anche come impegno civile. Come clinico osservava i fenomeni con acume critico, era incline alla curiosità e valorizzava le molteplici dimensioni della realtà clinica, percependone la complessità. Possedeva la disciplina intellettuale di una solida metodologia clinica e ha sempre affermato come - in una medicina sempre più tecnologica, ma comunque popolata dall'incertezza - questa debba rimanere la guida per quell'agire nell'individuale che è la clinica.

Ha testimoniato come il sapere dell'evidenza scientifica non sia rinunciabile, ma che una medicina personalizzata deve umilmente modellarlo sull'irripetibile singolarità della persona. Concepiva il lavoro di clinico come la risultante di una genuina, inclusiva e serena alleanza di professionisti entro un team multi-professionale, che con la sua guida ha assunto il valore di uno straordinario contesto co-educante per studenti e specializzandi. La serietà professionale e deontologica di

medico e lo spessore di docente ed educatore hanno costituito la cifra di Luciano Vettore Internista e Clinico Medico.

Di modi cortesi, capace di guardare gli eventi con gentile ironia, viveva la relazione con gli altri con lo spirito di chi sa ascoltare ed accogliere, comprendere e condividere, ma anche con chiarezza di opinioni e fermezza di posizioni. Con numerosi colleghi ed allievi ha testimoniato e condiviso solidi valori, con alcuni coraggiose (a quei tempi quasi temerarie) "avventure" nell'innovazione pedagogica nella formazione del medico, per le quali il legame di reciproca stima e fiducia ha rappresentato il collante. È stato stimato ed amato dai colleghi che hanno fatto parte della sua équipe, che custodiscono di lui un affettuoso ricordo.

Luciano Vettore si laurea in Medicina e Chirurgia con 110 e lode a Padova nel 1961 dove rimane come Assistente Volontario nella Clinica Medica. Si specializza in Cardiologia e in Ematologia. Nel 1969 consegue la libera docenza in Patologia Medica e Metodologia Clinica e si trasferisce a Verona come assistente universitario ordinario con il Prof. Giorgio De Sandre. Dal 1971 a 1977 è all'Università di Trieste come professore incaricato di Ematologia. Nel 1978 ritorna al Policlinico di Verona in Patologia Medica e viene nominato professore incaricato stabilizzato di Farmacologia Clinica. Oltre all'insegnamento della disciplina, contribuisce all'elaborazione del primo Prontuario Terapeutico Ospedaliero in collaborazione con il Servizio di Farmacia del Policlinico. È un'operazione innovativa perché fa rigoroso riferimento alla ancora giovane Medicina Basata sulle Evidenze. Partecipa per lungo tempo alla Commissione Regionale del Veneto per il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale



(PTORV). Partecipa, sin dalla fondazione fino alla chiusura del giornale cartaceo, a "Dialogo sui Farmaci" della ASL 20, una delle poche riviste indipendenti sui farmaci.

In ambito accademico, dal 1982 al 1996 è Professore Associato e poi Professore Ordinario di Medicina Interna con il compito di insegnamento della Semeiotica e Metodologia Clinica e, dal 1997 al 2000, dell'insegnamento di Clinica Medica, ma preferisce sempre considerarsi (e come tale viene dai più percepito) un metodologo clinico. Dal 1999 al 2001 è Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina Interna. In quegli anni ha tenuto anche il corso di Clinica Medica presso l'Università Campus Biomedico di Roma che rappresenta una stimolante esperienza didattica.

Percepiva come l'avanzamento tecnologico, se non guidato dai bisogni, potesse mettere in crisi la relazione di cura. Ha riflettuto molto sulla relazione tra il medico come storiografo clinico e il paziente come testimone di un'esperienza, su come costruire una relazione empatica in cui dialogo

e parola diventano strumenti di cura e di alleanza tra due “esperti”, il medico come portatore del sapere della scienza, il paziente come esperto di un vissuto. La sua è stata la genuina visione di una medicina olistica e per questo nel tempo ha valorizzato la Medicina Narrativa, come strumento concreto di personalizzazione della relazione e della cura.

Ma la connotazione più genuina e qualificante di Luciano Vettore è quella di cultore della Pedagogia Medica, una nuova disciplina che in Italia nasce a metà degli anni '80. Essa ha costituito un formidabile strumento culturale di riforma dell'insegnamento della medicina in Italia. Luciano Vettore ha fatto parte della primissima “pattuglia” di riformatori, che ha promosso un profondo rinnovamento, anche culturale, nell'educazione medica in Italia, e che si è concretizzato nel corso di oltre venti anni in quattro riforme del sistema universitario di formazione pre-laurea e post-laurea del medico. Luciano Vettore ne è stato uno dei principali attori e ne ha fatto la sua principale missione. La sua attività in questo campo, vista a posteriori e corroborata da vivi ricordi personali, appare avere seguito la lucida visione di un sistema formativo edificato sulle solide basi della scienza sperimentale, coerente con i bisogni della società, centrato sul discente, che ha come fine la costruzione di competenze che coniugano le varie dimensioni del sapere e dell'agire del medico. Si è trattato di un'attività davvero imponente e straordinaria, vissuta con passione, nella quale ha saputo governare con intelligenza e creatività un lungo processo di cambiamento che ha avuto grande impatto nella formazione dei docenti e nella modernizzazione del sistema universitario (e non solo) di educazione in medicina.

Presidente della Commissione per la Didattica della Facoltà di Medicina dell'Università di Verona alla fine degli anni '80, diventa Presidente del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia dal 1991 al 1997, introducendo tra le primissime Università l'innovazione didattica nel Corso di laurea, con la formazione dei tutor e l'introduzione della didattica tutoriale, l'apprendi-

mento per problemi, la valorizzazione delle esperienze di didattica pratica, lo sviluppo della componente professionalizzante dell'apprendimento prima ancora della sua introduzione per legge, la redazione per la prima volta in Italia di una Guida per lo Studente, che definiva obiettivi formativi, strumenti e metodi didattici e che aveva coinvolto il corpo docente della Facoltà di Medicina di Verona in una seria riflessione sull'insegnamento. E' stata quella una straordinaria stagione di intenso impegno, di tensione intellettuale, che ha visto la partecipazione di numerosi “discepoli” che Vettore era riuscito a coinvolgere e motivare, ma anche di intensa dialettica all'interno del corpo docente, non senza alcune incomprensioni. Non era persona da scoraggiarsi: “seminate, seminate, qualche cosa resterà”, era il modo di sperare nel futuro, e molto di quanto allora seminato rimane tuttora prezioso patrimonio del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona.

Riconosciuta la sua autorevolezza in Pedagogia Medica, nel 1995 è stato eletto Presidente della Conferenza Permanente dei Presidenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia delle Università italiane, contribuendo alla vita della Conferenza (che conta oggi oltre 30 anni di attività), al fondamentale lavoro di definizione degli obiettivi formativi dello studente di medicina ed alla riforma del sistema formativo del medico in Italia, rimanendo poi come consulente pedagogico della Conferenza stessa. Tra i fondatori della Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM), ne è stato Presidente dal 1997 al 2004, ha curato la rivista “Tutor” che ne è l'organo ufficiale e poi come past-president e consigliere emerito ha partecipando a numerosi atelier di pedagogia medica per la formazione dei formatori sia in ambito medico che nelle professioni sanitarie. L'interesse per una formazione in medicina aperta anche ad esperienze esterne al mondo accademico ed ospedaliero è testimoniato dalla sua partecipazione per un decennio, sin dalla sua istituzione nel 1994, al Comitato Tecnico-scientifico della Scuola di Formazione in Medicina Generale della Regione del Veneto, anche attra-

verso un decisivo contributo ai corsi di formazione pedagogica dei Medici di Medicina Generale tutor della Scuola. Dal 2004 è stato componente del Comitato Tecnico – Scientifico dell'Accademia di formazione per formatori e tutori della Provincia Autonoma di Trento dove è stato Direttore Scientifico dei Corsi di Master Universitario di primo livello per formatori, organizzati dall'Università di Verona, per le competenze tutoriali nella formazione degli operatori della salute.

La formazione continua lo ha visto partecipare dal 2003 al 2007 alla Commissione ECM della Regione del Veneto, così come si è dedicato per la Formazione a Distanza della pianificazione e realizzazione di corsi di e-learning.

L'attività di professore universitario di Luciano Vettore nella medicina e nella ricerca è documentata da oltre 300 pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali e nazionali, capitoli di libri e monografie. Il rigore e l'onestà intellettuale che ha espresso nella vita di medico e di docente si ritrovano interamente nella sua produzione scientifica, dedicata soprattutto all'ematologia con particolare riguardo alla fisiopatologia e biochimica dell'eritrocita, all'oncoematologia, alla farmacologia clinica, alla terapia ed alla politica del farmaco. Numerosi e apprezzatissimi i contributi alla metodologia clinica, alla medicina narrativa e alla pedagogia medica. Ulteriore retaggio del Luciano Vettore medico e docente di un importante ospedale universitario si ritrova nel contributo allo sviluppo della Medicina Interna, e di essere tra i promotori-fondatori di alcune importanti branche specialistiche, quali l'Ematologia e l'Oncologia Medica.

Sono numerosi quanti sentono di avere avuto il privilegio di aver percorso tratti importanti della propria vita professionale e accademica con Luciano Vettore e di avere condiviso con lui valori ed esperienze, prendendone alcuni anche il testimone. Portiamo con noi con commossa riconoscenza il segno profondo della sua straordinaria testimonianza.

ITALO VANTINI

## Istituita la Consulta delle professioni sanitarie

Varato il provvedimento che istituisce l'organismo che avrà il compito di facilitare "il dialogo tra le professioni, avvicinare le stesse ai decisori istituzionali per collaborare al miglioramento della qualità dell'assistenza dei cittadini".

La Consulta sarà un "organismo operativo e propositivo che faciliti il dialogo tra le professioni, avvicini le stesse ai decisori istituzionali e collabori al miglioramento della qualità dell'assistenza dei cittadini". Questo quanto prevede il provvedimento, avrà lo scopo di migliorare il dialogo tra le professioni sanitarie con lo scopo di smorzare le contrapposizioni. Dovrà essere la sede ove far confluire i vari punti di vista per dirimere conflitti e lanciare proposte per il miglioramento dei servizi.

La Consulta sarà presieduta dal Ministro della Salute o da un suo delegato ed costituita dai presidenti delle Federazioni di:

- Medici (Fnomceo)
- Veterinari (Fnovi)
- Farmacisti (Fofi)
- Infermieri (Fnopi)
- Ostetriche (Fnopo)
- Tecnici sanitari radiologia, professioni sanitarie tecniche e riabilitazione e prevenzione (Tsrn-Pstrp)
- Biologi (Onb)
- Chimici e Fisici (Fnfcf)
- Psicologi (Cnop)
- Assistenti sociali (Cnoas)

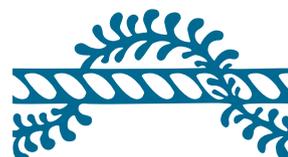
"La Consulta potrà interagire con le istituzioni nel rispetto di ciascun codice deontologico e nelle materie di rispettiva competenza. In particolare:

- a) operare nell'ottica dell'integrazione e dell'interdipendenza dei diversi profili e delle peculiari competenze professionali che concorrono all'organizzazione dei servizi assistenziali da garantire ai cittadini in maniera uniforme e omogenea sul territorio nazionale;

b) collaborare con le Istituzioni al fine della corretta applicazione delle norme di legge e regolamenti vigenti, nel rispetto di tutti i profili professionali;

c) proporre studi e ricerche concernenti l'attività delle diverse categorie professionali senza sovrapposizione tra le stesse;

d) formulare proposte in materia di formazione dei professionisti sanitari, in relazione alle rispettive competenze e funzioni".



### 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)*

# Giuseppe Ganz, un medico in fuga

Gianna Ferrari De Salvo

## Premessa

L'occasione per questo saggio è stata fornita da un editto a stampa del 1862, conservato presso l'Archivio di Stato di Verona<sup>1</sup> con il quale si ordinava al dott. Giuseppe Ganz, assentatosi illegalmente dal suo posto di lavoro, di riprendere servizio. Lo riportiamo qui di seguito:

*Imperiale Regia Delegazione  
Prov. di Verona  
Editto di richiamo*

Assentatosi illegalmente dagli Stati Il. RR. Austriaci il dottor Giuseppe Ganz, direttore del Pio Istituto degli Esposti in questa Città, lo si diffida col presente a far ritorno nei medesimi entro il perentorio termine di quattro settimane, o a far pervenire entro la medesima epoca le credute sue giustificazioni, avvertendo che in caso non si presentasse, con la presente diffida sarà pronunciata la regolare sua dimissione dal posto finora occupato, e sarà inoltre proceduto a sensi della Sovrana Patente 24 marzo 1832, per la illegale sua assenza.

Ciò si pubblica per tre volte consecutive nel Giornale di Verona e nella Gazzetta Ufficiale di Venezia, e si affigge come di metodo all'Albo Delegatizio.

*Verona, li 17 febbraio 1862  
L'Imperiale Regio Consigliere Aulico  
Delegato Provinciale Barone  
Di Jordis<sup>2</sup>*

Il dottor Ganz, descritto come persona chiassosa nei modi e nel vestire, allegra, veemente, appassionata, che parlava a profusione cambiando improvvisamente argomento, interrompendo spesso il discorso con sonore e ingiustificate risate, fu oggetto di particolare attenzione da parte dell'autorità austriaca che lo conside-

rava «compromesso nella pubblica opinione per carattere non troppo stimato, condotta immorale e principi e fatti esaltatissimi spiegati all'epoca dei passati torbidi» per i fatti accaduti nel 1848<sup>3</sup>.

Prima di allontanarsi da Verona, il nostro medico aveva lasciato queste poche righe:

Notizie biografiche di Giuseppe Ganz da lui scritte prima della sua fuga dal Veneto. Direttore Esposti, medico provinciale, direttore provvisorio di altri istituti, direttore onorario della vaccinazione. Sostenne molte incombenze sanitarie per malattie epidemiche e contagiose. Fece parte di commissioni sanitarie e amministrative. Pubblicò molte opere e scritti di carattere medico e letterario-scientifico, fra questi anche riguardanti l'igiene pubblica e privata. Collaboratore di diversi giornali<sup>4</sup>.

## La famiglia Ganz

Della presenza dei Ganz a Verona si hanno le prime notizie nell'anagrafe cittadina. Giovanni Battista Ganz<sup>5</sup>, un «mediatore patentato di stabili, di agiata condizione» originario di Belluno, nel 1795 si stabilì nel quartiere di Veronetta al civico 4850 di Via Scrimari. Dal matrimonio con Domenica Caoli (o Cavoli), nativa della Val Rendena, celebrato a Verona nel 1800, nacquero tre figli: Giuseppe (29-5-1806), Paolo (18-6-1808) e Olimpia (13-8-1809)<sup>6</sup>. Giuseppe studiò Medicina a Padova e nel 1830, anno della sua laurea, ritornò per esercitare nella città natale. Il 4 novembre 1834 sposò Francesca, figlia di Giuseppe Monti e di Marianna Bertoncetti, dalla quale ebbe: Edoardo (1835), che si arruolò nel Reggimento Ulani Gran Principe Alessandro e dal quale fu congedato nel 1863; Adelaide, nata nel 1840 e deceduta nel 1842; Pietro (altre volte registrato come Ugo) nato nel 1844, che all'anagrafe (anni 1856-1871) ri-

sulta come studente<sup>7</sup>. Il dottor Ganz, poco dopo il matrimonio si trasferì al numero 1349 di Via Amanti<sup>8</sup> dove la moglie morì a 35 anni il 27 luglio 1847, mentre lui il 4 giugno 1872 nella casa di Via Fama in parrocchia di Santa Eufemia<sup>9</sup>.

## Giuseppe Ganz: la carriera.

Ancor giovane il nostro medico raggiunse risultati tali che lo posero nella considerazione della comunità scientifica cittadina portandolo ad assumere incarichi importanti, come da lui specificato nelle brevi note sopracitate.

Già primario anziano dello Spedale Civile di Verona e della Casa dei Colerosi, direttore onorario per la vaccinazione e medico addetto alla Pia Opera di Carità, dal Governo di Venezia, con delibera del 27 gennaio 1842 fu nominato direttore della Casa degli Esposti<sup>10</sup>. Il 14 ottobre dello stesso anno fu promosso direttore del Collegio Calchi-Taeggi di Milano, in Via di Porta Vigentina n° 15<sup>11</sup>. Il collegio fu sotto la sua direzione per molti anni e come tale è documentato nel 1863 quando, ospite del salotto della contessa Maffei<sup>12</sup>, fu presentato al concittadino scaligero professor Gaetano Lionello Patuzzi<sup>13</sup>, figlio del medico Benedetto, che dal 1860 al '71 divenne insegnante presso quella struttura<sup>14</sup>.

Dopo la disastrosa epidemia di colera che colpì Verona e la provincia nel 1855, Ganz scriveva sconsolato:

La ritrosa natura non ha peranco svelato alla scienza né la sede riposta nel male, né i mezzi di combatterlo vittoriosamente. Ciascuno professò i propri principii e non uno riuscì per anco trovare non solo uno specifico, ma neppure un sicuro trattamento curativo. Non dimenticò, peraltro, di lodare l'operato dei sacerdoti veronesi che «furono larghi ai poveri infermi dei conforti religiosi, e divisero coi medici le cure richieste dallo stato miserabile dei moribondi»<sup>15</sup>.

Ganz, nel 1845, insieme ai medici Salvatore Castelli<sup>16</sup>, Andrea Borsaro<sup>17</sup>, Antonio Cenci<sup>18</sup>, Benedetto Patuzzi<sup>19</sup>, e i chirurghi Carlo Luigi Calza<sup>20</sup> (che ne fu il promotore) e Cesare Capetti<sup>21</sup>, ai quali presto si unirono i medici Alberto Brunelli<sup>22</sup> e Francesco Fagioli<sup>23</sup>, i farmacisti Francesco Mazzoni<sup>24</sup> e Giovanni Battista Sembenini<sup>25</sup>, istituì la “Società Medico chirurgica e farmaceutica di reciproco soccorso” su esempio di quelle già esistenti a Milano e Venezia, con l’obiettivo di «procurare ai membri che la compongono, cessando di guadagnarsi il loro sostentamento, [...] l’onorato mezzo di far fronte ai più urgenti bisogni mediante un determinato sussidio»<sup>26</sup>. Tuttavia, questa istituzione fu sciolta il 24 aprile 1877 «per la diminuzione dei soci paganti»<sup>27</sup>. Convinto che i giornali fossero il percorso più rapido all’istruzione, Ganz divenne redattore del “Bollettino terapeutico” e della “Gazzetta di Terapeutica Medica e Chirurgica, ossia repertorio delle più utili notizie di medici, chirurghi etc.”. Quest’ultima, fondata con Giovanni Orti Manara<sup>28</sup> nel 1833, cessò le pubblicazioni nel 1836. Inoltre, Ganz fu socio corrispondente di alcune prestigiose associazioni scientifiche fra cui si ricordano le Accademie Mediche di Bologna<sup>29</sup> e Ferrara<sup>30</sup>, dell’Agricoltura di Verona (dal 10-2-1842) e dell’Ateneo di Treviso.

## Una nuova associazione di accademici.

A Verona l’Accademia di Agricoltura, Arti e Commercio (ora Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere) venne istituita nel 1776 con il compito di «occuparsi con buoni metodi e assiduo impegno sui modi di trarre dalla terra qual maggior frutto che rispettivamente alla diversa natura del suolo può essa somministrare [...] e ammaestrare e dirigere i villici e i proprietari terrieri in tutto il dominio veneto»<sup>31</sup>. Nel primo decennio dalla sua fondazione furono proposte e iniziate opere importanti quali la bonifica delle Grandi Valli Veronesi e la realizzazione della strada che da Verona porta in Lessinia. Con la venuta dell’Impero austriaco, che non permetteva l’esistenza di un’istituzione autonoma e propositiva, l’Accademia non fu più in grado di elaborare grandi progetti, pur non

perdendo le proprie caratteristiche e facoltà. Pertanto, i soci si dedicarono in maggior parte alla ricerca, particolarmente nel campo della tassonomia botanica e zoologica che permise di mettere insieme una consistente varietà di reperti naturalistici<sup>32</sup>. Negli anni Quaranta del XIX secolo, le regole di ammissione a tale istituzione si fecero più flessibili e, insieme agli aristocratici di nomina imperiale, cominciarono ad essere accolti anche eruditi borghesi: farmacisti come Carlo Tonini<sup>33</sup>, docenti di liceo come Abramo Massalongo<sup>34</sup> o medici come Giuseppe Ganz<sup>35</sup>.

Nel 1853 Tonini, propose di costituire un’Associazione Agraria Provinciale, ne scrisse il regolamento che un gruppo numeroso di soci accademici, desiderosi di distinguersi dalla componente aristocratica dell’Accademia, approvarono unanimi. Lo scopo dichiarato era quello di curare gli interessi economici e materiali dei contadini, in realtà, doveva riunire le figure più dinamiche del Veronese per una forte resistenza al governo asburgico. A dire di Giulio Camuzzoni, tale iniziativa venne prontamente bocciata dal Governo e «per occulte vie si seppe che alla polizia locale era giunto di tenere d’occhio, quali persone politicamente sospette, tutti i principali promotori dell’avversata impresa»<sup>36</sup>. Il corpo accademico, amareggiato e offeso, con scarsa simpatia per gli austriaci, tuttavia mai apertamente manifestata, ripiegò sulla fondazione di una nuova società denominandola “Compagnia dell’Ibis” (1856-1858). Questo sodalizio aveva l’intento di divulgare la scienza negli strati più umili della popolazione attraverso articoli sui giornali di diffusione popolare, e di incoraggiare, per quanto possibile, gli studi scientifici e letterari, affinché il popolo, soprattutto quello veronese, vivesse di vita italiana, malgrado la severità e la diffidenza della forza pubblica fosse sempre pronta a spegnere ogni sintomo di rinascita nazionale. Molteplici sono le versioni sulla strana denominazione. La più accreditata sembra venisse dal nome di un esemplare di tale uccello che Ganz aveva portato imbalsamato da uno dei suoi viaggi in Egitto, dove si recava in qualità di medico della Com-

missione Internazionale per visitare i lavori del canale di Suez. Membri effettivi di questa associazione furono il naturalista Abramo Massalongo, Antonio Manganotti<sup>37</sup>, Stefano De Stefani<sup>38</sup>, l’abate Leopoldo Stegagnini<sup>39</sup>; il nostro dottore ne divenne il segretario e Carlo Tonini il presidente. Gli associati, che si riunivano nel Caffè Coraini, sotto i portici di San Sebastiano in Via Leoni, scrivevano articoli da allegare in appendice alla “Gazzetta di Verona”<sup>40</sup> e al “Consulatore amministrativo”<sup>41</sup>, trattando argomenti letterari, scientifici e agricoli. Per Goiran, l’Ibis fu «una dura spina inflitta nel cuore della polizia austriaca con il fine di complottare contro l’Austria e preparare l’Unità d’Italia»<sup>42</sup>.

La Compagnia dell’Ibis diede vita, nel 1856, al giornale la “Specola d’Italia”, che l’anno seguente venne però proibito dalle autorità imperiali. Ogni autore era responsabile dei propri elaborati, ma molti articoli venivano editi con il nome collettivo di Ibis. In seguito, per non essere sospettati o segnalati alla forza pubblica, fu deciso di firmare con pseudonimi bizzarri tratti dalle antiche cosmogonie orientali<sup>43</sup>. Massalongo pubblicò firmandosi *Reivàs* (=rubarbaro, pianta da cui, secondo il mito iranico, ebbe origine l’umanità), Edoardo de Betta<sup>44</sup> siglava i suoi elaborati di storia naturale con il soprannome *Oen*, Carlo Tonini, che si occupava di argomenti di chimica, si firmava *Mot*, mentre *Naoh* era Giuseppe Ganz che curava i brani di medicina. La parte letteraria era affidata a *Tiremh*, ossia l’abate Leopoldo Stegagnini che firmò anche sotto lo pseudonimo *Tot*, poi mutato in *Scoth*<sup>45</sup>; quello della vita civile veronese era curato da *Eothe*, ovvero Stefano de Stefani, che criticava le novità che l’amministrazione municipale introduceva in alcuni progetti. Fra i membri corrispondenti possiamo ricordare anche il medico ebreo Michelangelo Asson<sup>46</sup>. Scrive Stegagnini ...

Le cose procedevano bene per l’Ibis, ci leggevano volentieri; e parecchi [...] facevano ressa per appartenerci. Quando allo strano uomo di Ganz saltò il ticchio di voler ottenere dalla polizia il riconoscimento della socie-

tà, addimostrando chiaramente che nulla c'entrava di politica. A tal uopo dovette dichiarare i nomi delle persone che ne facevano parte e incominciò quindi una sequela di indagini minuziose delle nostre persone che indusse nella polizia il convincimento che non eravamo per nulla benevoli al Governo e finì col prosciogliere anzi la stessa società.

Era quello che noi presagivamo, ma che non volle mai capire quel teste-reccio di Dottore. Si stralciarono perciò tutti i nostri articoli e se ne compilarono due volumi, e tutto finì lì<sup>47</sup>.

Fu così che la Compagnia dell'Ibis, sospettata di attività sovversive, venne sciolta e cessò di esistere dopo appena due anni dalla sua nascita.

## La produzione scientifica

*De febrium pathogenia animadversiones quas ad medicinae lauream assequendam in pervetusto archigymnasio patavino publice defendit Joseph Ganz Veronensis* (Padova, 1830).

*Della cinconina*<sup>48</sup> e il suo valore terapeutico, in "Gazzetta eclettica di terapeutica, medicina e chirurgica, ossia repertorio delle più utili notizie di medici, chirurghi ed ufficiali di Sanità, compilata da Giovanni Gerolamo Orti<sup>49</sup> e alcuni medici veronesi", vol. I, Verona 1833 (pp. 20-22, 49-55).

*Gazzetta eclettica di farmacia e chimica medica e repertorio delle meglio utili notizie pei farmacisti, medici e chirurghi compilato da Giambattista Sembenini, farmacista-chimico coadiuvato dal dr. G. Ganz e da altri valenti colleghi*, Verona 1833, vol. II.

*La medicina pittoresca, o Museo medico-chirurgico corredato di cento tavole d'anatomia generale, descrittiva, chirurgica e patologica, di patologia interna ed esterna, di medicina operatoria, d'ostetricia, di materia medica e terapeutica* (Venezia, 1834-1839)<sup>50</sup>.

*Gazzetta eclettica di terapeutica, medicina e chirurgica, compilata dal dott. G. Ganz, pubblicata sotto gli auspici e la direzione del nob. sig. Giovanni Orti*, Verona 1835, vol. 1.

*Trattato delle esumazioni giudiziarie e considerazioni sopra i cangiamenti fisici cui vanno soggetti i cadaveri nella loro putrefazione entro la terra, nell'acqua, nelle fogne e nei letamaj di Orfila*<sup>51</sup> e di Lesueur<sup>52</sup>, traduzione con aggiunte dei dottori Castelli Salvatore e Ganz Giuseppe (Verona 1835-36), voll. 2.

*Studi medici sul cholera morbus di Giuseppe Ganz, medico primario dell'ospedale civile di Verona* (Verona, 1836)<sup>53</sup>.

*Riassunto analitico pratico delle più utili ed interessanti cognizioni e novità sul cholera* (Verona 1836).

*Igiene dei bambini* (in "Foglio di Verona", 17-3-1843, n. 33, pp.129-131).

*Miscellanee filosofiche-mediche, ossia fogli staccati da un gran libro, raccolti ed annotati per cura di G. Ganz* (opera inedita citata dallo stesso autore in "Foglio di Verona", n. 82, anno 1843, p. 331, nota 1).

*Igiene dei bambini: Principi razionali; L'amore e l'intelligenza* (in "Foglio di Verona", 15 e 17 marzo 1843, nn. 32-33, pp. 125, 129,131).

*Una fanciullina* (in "Foglio di Verona", n. 125, anno 1843, p. 505).

*Schizzi di dagherrotipia filosofico medica* (in "Foglio di Verona", anno 1843, nn. 32,33, pp. 125-126, 129-131).

*Schizzo sulle acque minerali* (in "Foglio di Verona", anno 1844, nn. 105, 106, 107, pp. da 417 a 428).

*Frammenti filosofico-medici sull'amore, per le nozze Gaspari-Aleardi* (Verona 1845)<sup>54</sup>.

*Biografie degli illustri veronesi: Girolamo Fracastoro, l'astronomo e il naturalista* (in "Foglio di Verona", nn. 9, anno 1846, pp. 33-36; n. 10, anno 1846, pp. 37-40).

*Delle propensioni simpatiche e unitative, fogli staccati da un libro, raccolti e dedicati nel fausto giorno di lor nozze agli sposi Podestà-Polfranceschi* (Verona 1° agosto 1847).

*Storia e quadri statistici dell'invasione choleric in Verona nell'anno 1835. Osservazioni di Francesco Bagatta e G. Ganz*, Verona – Milano 1856).

*Igiene morale* (Verona 1856).

*Rimembranze e studi, ossia brevi postille dell'esperienza di un medico che raccolte ed annotate indirizzava agli sposi Monti<sup>55</sup> e Tracagni nel dì di lor nozze il dottor G. Ganz* (Verona 17 febbraio 1852).

Altre sue memorie sono pubblicate nel "Bollettino delle scienze mediche di Bologna".

## I manoscritti

La Biblioteca Civica di Verona conserva quattro buste (=scatole, o faldoni) dove sono radunati gli studi scientifici di Ganz che furono propedeutici alla stampa di alcuni suoi libri.

- Busta 132 (anno 1838): *Un cenno sul valore intellettuale della donna e sul suo destino nella famiglia e nella società; Biografia di Fracastoro; Idroterapia; Rachitismo; Igiene del soldato; Posizione del cholera; Piccolo dizionario di termini medici.*
- Busta 133: Poesie, romanze, sonetti, preghiere. Un manoscritto su *Lamartine*, e copie scritte a mano de *Il romito del Ceniso* di Giovanni Berchet (poeta e scrittore italiano [1783-1851]) e *Degli epigrammi di Tommaso Gargallo* (poeta ed erudito siracusano [1760-1843]). Sono tuttavia un centinaio di foglietti con romanze, sonetti, preghiere ed altre poesie (alcune molto tristi: *Un amore deluso, Consiglio a una donna fedifraga*), a destare maggior interesse. Alcuni sonetti sembrano elaborati dopo la morte della moglie o durante la sua malattia, e la poesia *In morte di una bambina*, fu probabilmente occasionata dalla morte della figlia Adelaide nel 1842.

Dedicò dei versi anche a Marcellina Lotti, una soprano drammatica, specialista di un vasto repertorio verdiano che nata a Mantova nel 1831 e deceduta a Paratico (BS) nel 1901, si era esibita in molte città italiane, in Russia e in Francia. La poesia "Brindisi", di cui riportiamo qui solo poche righe poiché la scrittura è a tratti incom-

prensibile, reca l'annotazione: «recitata la notte del capodanno 1859-60 al Ristorante della Posta, in Verona, in scelta compagnia di amici»: «E sopra San Marco/non sventola ancor/il [...] d'Italia/vessil tricolor. [...] Sia libera Italia/dall'Alpi al suo mar».

Altri fascicoli riguardano: *Considerazione sulle acque potabili; Terapeutica; Vaiolo; Considerazioni generali intorno alla monomania omicida-suicida; Fourier o la felicità dell'umanità*<sup>56</sup>; *Quadro cronologico della Storia della Medicina; Della sintomatologia; Il tabacco; Schede per una statistica medica generale; Viaggio in Egitto.*

- Busta 134: *Sonetto di Santi Fontana per la laurea*<sup>57</sup>

- Busta 135: *Studi di Fisiologia; Patologia medica; Appunti di medicina generale; Intorno alla professione del medico; Veterinaria.*

## Paolo, il fratello chirurgo

Poche e frammentarie le notizie sul fratello Paolo che, laureato in Chirurgia a Padova, esercitò come chirurgo maggiore a Verona<sup>58</sup> e per alcuni anni svolse la sua professione anche nel Comune di Negrar<sup>59</sup>.

Nel 1839 risulta domiciliato nella parrocchia di San Nicolo, al n. 164 di Vicolo Rocche<sup>60</sup>.

Paolo, come Giuseppe, appassionato alla politica e all'opposizione al regime austriaco, nel 1831, durante gli anni di studi a Padova, era entrato nell'organizzazione dei Masenini<sup>61</sup>. La polizia lo definì un «gran liberale, di principi politici non molto sani [...], di carattere piuttosto focoso ed ardito»<sup>62</sup>.

Su di lui esiste un fascicolo che ce lo rappresenta come debitore verso il nobile Giovanni Schioppo che gli intentò causa il 26 agosto 1843. Dagli atti si evince che il Ganz, dopo aver esercitato la chirurgia a Breonio, si era spostato a Zevio presso il palazzo del signor Giacomo Todeschini dove aveva preso in affitto una stanza e l'uso di una stalla. Con la sentenza dell'8 luglio 1844 che prevedeva il pignoramento di tutti i suoi effetti mobili, il chirurgo, in stato di trattativa, pagò una sovrana e una romana con promessa di saldare a breve il suo arretrato che, scalato da un precedente acconto, rimaneva di lire 53.25 oltre le spese di legge che assommavano a lire 113,75. Di lì a poco gli furono pignorati

vari mobili di casa per un totale di lire 80 che, tuttavia, non potevano sanare il suo debito. Nuovamente denunciato, il 4 settembre 1846 fu condannato a dichiarare ogni altro suo avere con l'intimazione di ottemperare al suo obbligo, pena l'arresto. Ganz non depositò alcuna memoria relativa al proprio patrimonio, ma pretese una proroga di 30 giorni, spirati i quali ne sollecitò una seconda e il 25 febbraio dell'anno dopo invocò un rinvio di altri 20 giorni. Scaduto l'ennesimo termine, lo Schioppo si prodigò affinché l'inadempiente venisse arrestato, salvo il pagamento della somma dovuta. Con lettera autografa del 22 ottobre 1846, Paolo Ganz chiese che gli fossero accordati ulteriori 30 giorni per recarsi a Belluno, luogo d'origine della famiglia paterna, per poter vendere alcune proprietà. Dopo tutti questi rinvii, definiti dal tribunale «ragioni immaginarie e false», quest'ultimo permesso gli venne negato. Nonostante ciò, il 3 febbraio del 1847 Ganz presentò un'altra supplica per ottenere «un indispensabile ulteriore termine di soli 20 giorni». Dopo di che scattò l'arresto e nulla più si conosce sull'evolversi dei fatti<sup>63</sup>.

## Abbreviazioni

AACVr, Anagrafe Austriaca Comune Verona

AASAVr, Accademia di Agricoltura, Scienze e Arti di Verona

AASLvr, Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona

ASVr, Archivio di Stato Verona

BCVr, Biblioteca Civica Verona

DBI, Dizionario Bibliografico degli Italiani.

## Note e bibliografia

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

- 1 ASVr, *VIII Vari, appendice*, b. 150, n. 101.
- 2 Barone Giovanni Vittore de Jordis di Lothausen cavaliere imperial regio, delegato della Corona Ferrea della Provincia Veronese.
- 3 Sull'argomento rimando a: E. CURI, *La vera storia dell'Ibis*, in *Abramo Massalonogo (1824-1860), scienziato e patriota per un'Italia unita: Atti del convegno di studio*, Tregnago (Vr) 27 novembre 2010, Verona 2011, pp. 17-23; L. STEGAGNINI, *I miei tempi, uno sguardo sull'Ottocento veronese*, a cura di M. Gecchele, Verona 2018, pp. 196-201.
- 4 Il bigliettino è in duplice copia, uno è di mano del dottor Ganz (BCVr, *Carteggi*, b. 133).

5 Deceduto il 4-2-1843 (AACVr, f. 5761). Per i dati citati con questo acronimo cfr.: [https://www.archivio.comune.verona.it/nqcontent.cfm?a\\_id=8084](https://www.archivio.comune.verona.it/nqcontent.cfm?a_id=8084).

6 AACVr, f. 5761.

7 AACVr, f. 3357.

8 A. BENNASSUTI, *L'interprete veronese, ossia guida per l'anno 1836*, Verona, p. 46.

9 AACVr, f. 3357. Nessuna notizia è stata reperita in merito al suo rientro a Verona dopo l'esilio milanese.

10 "Foglio di Verona", n. 14 (3 febbraio 1842). Viviani riporta che Ganz fu direttore di tale Istituto dal 1843 al 1862 (G. F. VIVIANI, *L'assistenza agli "esposti" nella provincia di Verona, 1426-1969*, Verona 1969, p. 37). Sotto la dominazione austriaca, il 3 ottobre 1851 Ganz prestò nuovamente giuramento di fedeltà come direttore dell'Istituto Esposti e dell'Orfanotrofio femminili (ASVr, *Delegazione Provinciale*, b. 20).

Anche il "Giornale della Reale Accademia medico-chirurgica di Torino", anno I, vol. II (1848), cita G. Ganz quale direttore del Pio Istituto degli Esposti di Verona.

11 Il Ganz nei suoi appunti annota, che prima della sua direzione il collegio ospitava 48 alunni, mentre era passato (per merito suo?) a 140 nel 1848 (BCVr, *Carteggi*, b. 133). Per la storia di questo educandato si veda: <http://xoomer.virgilio.it/aquatel/>, visualizzato il 20-5-2019.

12 Elena Chiara Maria Antonia Carrara Spinelli (Bergamo 1814 - Milano 1886), patriota e mecenate italiana, meglio nota come Clara Maffei, dal cognome del marito, il nobile Andrea Maffei. Il salotto Maffei sorse nel 1834 a Milano in via Tre Monasteri ad opera di alcuni intellettuali e frequentato, primi fra tutti, da Tommaso Grossi e Massimo d'Azeglio. In esso, grazie all'ampia rete di conoscenze del Maffei, noti artisti, lettera-

- ti, compositori e patrioti del Risorgimento trascorrevano le serate a discutere di arte e di letteratura. Tra gli ospiti più celebri si ricordano: il pittore Francesco Hayez (che ritrasse Clara), Honoré de Balzac, Alessandro Manzoni, Franz Liszt, Giuseppe Verdi e Giovanni Prati. In quanto ritrovato di personalità attive in primo piano nel Risorgimento italiano, il salotto ebbe una rilevante importanza politica e contribuì all'unificazione nazionale (DBI, vol. 20 [1977]).
- 13 Gaetano Lionello Patuzzi, poeta e romanziere, nato a Bardolino (VR) nel 1841 e deceduto a Verona nel 1909. Nel 1860, costretto ad emigrare a Milano per la sua adesione agli ideali risorgimentali, insegnò nel Collegio civico Calchi-Taeggi dove conobbe e frequentò gli esponenti della Scapigliatura. Rientrato a Verona nel 1871, fu docente di Letteratura italiana all'Istituto Tecnico, divenne consigliere comunale dal 1883-1888 al 1893-1898, ricoprì l'incarico di presidente dell'Accademia di Agricoltura, Arti e Commercio di Verona (1895-1896), fu segretario della Società Letteraria dal 1873-1874 al 1876-1877, poi presidente dal 1891-1892 al 1893-1894. Fu membro della Biblioteca Comunale dal 1880 al 1898, soprintendente della Commissione Civica degli Studi dal 1888 al 1907 e segretario dell'Accademia di Pittura Bon Brenzoni. Con Giorgio Bolognini scrisse *Piccolo dizionario del dialetto moderno della città di Verona* (Verona 1900). Tra la sua produzione: le raccolte di versi *Bolle di sapone*, *Erbucce*, i racconti di *Virtù d'amore*, il romanzo *Diana Leonard*. Numerosi gli articoli con i quali collaborò alle riviste "Civiltà italiana", "Rivista Europea", "Illustrazione Italiana" ([https://biblioteche.comune.verona.it/nqcontent.cfm?a\\_id=19880](https://biblioteche.comune.verona.it/nqcontent.cfm?a_id=19880)).
- 14 Cfr: [https://iris.univr.it/bitstream/11562/351825/1/Tesi\\_Brighenti\\_Mariana.pdf](https://iris.univr.it/bitstream/11562/351825/1/Tesi_Brighenti_Mariana.pdf), p. 37, visualizzato il 20-5-2019.
- 15 *Storia e quadri statistici della invasione cholera in Verona nell'anno 1855. Osservazioni di Francesco Bagatta e G. dottor Ganz*, Verona – Milano 1856, pp. 6-10.
- 16 Nato a Pavia nel 1793, nel 1816 fu designato come insegnante di Storia naturale all'Imperial Regio Liceo di Verona dove si stabilì nel 1822 (AACVr, f. 1542; *Atti e memorie – Reale Accademia Virgiliana di Mantova [1871-1872]*, Mantova 1874, p. 51). Laureato in medicina, ricoprì anche l'incarico di perito giudiziario. Socio attivo della Pubblica Accademia di Agricoltura della quale fu presidente (1860-1862), fu autore di *Osservazioni medico-meteorologico-statistiche scritte di commissione dell'Accademia di Agricoltura, Arti e Commercio in Verona per l'anno 1842*, e con lo stesso titolo le sue pubblicazioni continuarono fino al 1859 (cfr. M. L. FERRARI, *Quies inquieta: agricoltura e industria in una piazzaforte dell'impero asburgico*, Milano 2012, pp. 20-21-22 e relative note). Verso la metà dell'800, il Comune di Verona affidava ad alcuni cittadini la cura e il restauro delle Terme di Caldiero e a Castelli toccò l'incarico della sorveglianza e della direzione medica. Curò anche la pubblicazione di due volumi: *Le antiche Terme di Giunone in Caldiero. Cenni storico-medici sulle medesime* (Verona, 1852); *Le antiche Terme di Giunone in Caldiero. Appendice ai cenni storico-medici sulle medesime*, Verona 1857 (cfr. L. BONUZZI, E. CURI, C. GEMMA BRENZONI, G.P. MARCHI, *L'illustrazione delle Terme di Caldiero (1795) di Zenone Bongiovanni e Matteo Barbieri*, a cura di C. Gemma Brenzoni, Sommacampagna 2013, pp. 18-22).
- 17 Nato a Illasi nel 1806 e trasferito a Verona nel 1835, morì a Illasi nel 1869. Direttore e primario anziano dell'Ospedale Civile di Verona, socio attivo dal 1836 dell'Accademia di Agricoltura, scienze ed arti di Verona, fu autore dell'opuscolo *Sulla vita e sulle opere di Gianverardo Zeviani, medico e filosofo veronese. Discorso accademico* (Pavia 1834), suo congiunto. Il sacerdote Bonifacio Sprea, suo compaesano, gli dedicò il sonetto *Al virtuoso giovane medico A. Bosaro [...] che pubblicò una dissertazione storico - critica sopra la vita e le opere principali del fu Gianverardo Zeviani illustre medico della sua patria* (cfr. "L'Eco, giornale di scienze, lettere, arti, mode e teatri", Milano 1834, anno VII, suppl. al n. XIII, p.324); infine, Carlo Balconi gli intitolò *Nei funerali del celebre medico dottor Andrea Bosaro. Parole lette nella chiesa d'Illasi il 19-4-1869 giorno della sepoltura*, Verona 1869.
- 18 Nato a Verona nel 1800 o nel 1801, morì nel 1862 nella sua casa in contrada Santi Apostoli (AACVr, ff. 3014 e 4550).
- 19 Nato a Limone (BS) nel 1808 o nel 1810, domiciliato a Verona nel 1844 proveniente da Bardolino, deceduto a Limone nel 1858 (AACVr, ff.8842-9526). Fu amico e corrispondente del compaesano san Daniele Comboni (cfr. *San Daniele Comboni missionario e primo vescovo dell'Africa Centrale*, Verona 2013, in "Scritti di Comboni", [www.comboniani.org](http://www.comboniani.org)).
- 20 Nato a Verona nel 1801 o nel 1803, l'anagrafe lo registra come: chirurgo, oculista, ostetrico e possidente (AACVr, ff.518-2373); ricoprì l'incarico di perito giudiziario e fu socio corrispondente dell'AASAVr dal 1842. Mentre era studente di Chirurgia presso l'Università di Pavia, il 5-6-1826 indirizzò una lettera «Intorno a un raro caso di litiasi vescicale» a Carlo Cairoli, insigne professore di Chirurgia teorica della stessa università (in *Annali Universali di Medicina compilati da Annibale Omodei*, Milano 1826, pp. 70-85). Nel 1834, descrisse un *Nuovo processo operatorio per estrarre la pietra dalla vescica urinaria nelle donne* (in M. G. LEVI, *Dizionario classico di medicina interna ed esterna*, Venezia 1835, tomo 20°, pp. 782,783). Il suo metodo operatorio per l'estrazione dei calcoli vescicali, aspramente criticato a mezzo stampa con sarcasmi e ingiurie da un anonimo collega, fu difeso con forza dal dottor Cesare Capetti (cfr. *L'Eco, giornale di scienze, lettere, arti, mode e teatri*, Milano 1834, vol. 15, pp.456-528).
- 21 Nato nel 1802 a Verona, fu socio corrispondente dell'AASAVr dal 1842 e diresse con il dottor Pietro Trezzolani nativo di Monteforte (1788-1837) l'Istituto delle fumigazioni solforose al civico 130 di Via Duomo. È nota una sua memoria intorno ad un caso di ernia inguinale incarcerata da lui felicemente guarita (LEVI, *Dizionario classico di medicina...*, Venezia 1835, vol. 25, p. 42).
- 22 Nato a Verona nel 1791, durante i suoi studi presso l'Università di Padova scrisse: *Storia del tifo miliare epidemico che si manifestò a Zevio nell'estate del 1811* (cfr. V.L. BRERA, "Giornale di Medicina Pratica", Padova 1812, pp. 175-186). Fu socio attivo della Pubblica Accademia di Agricoltura dal 1815 e ne divenne presidente dal 1851 al 1853. A lui si devono le *Osservazioni mediche per Verona e sobborghi (1815-1816)* e quelle dal 1820 al 1841.
- 23 Francesco Fagioli (1787-1863), «uomo fornito di dottrina e lunga esperienza», ricoprì l'incarico di medico scolastico presso il Regio Convitto Maschile dopo la morte del collega Benedetto Patuzzi. Per il suo «zelo ed indefettibile premura», fu proposto un aumento di stipendio che all'epoca era stabilito in fiorini 241.50 annui (ASVr, VIII Vari, appendice, b. 201). Di lui è noto l'opuscolo *Cenni sopra il Morbo Migliare veronese di Francesco Fagioli di Verona, medico condotto in Cerea*, Verona 1829 (in "Biblioteca Italiana, ossia Giornale di Letteratura, Scienze ed Arti, compilata da vari letterati", Milano 1830, tomo LVII, anno XV, pp. 274-275). Il saggio del Fagioli venne discusso in: LEVI, *Dizionario classico di medicina...*, Venezia 1836, tomo 28°, pp. 517-520; P. RAYER, *Trattato teorico e pratico dei mali della pelle fondato in su di nuove ricerche di anatomia e di fisiologia patologica*, Milano 1830, vol. I, pp. 325-332-333, e *Sul Morbo Migliare Veronese, Lettera del dottor Ciro Pollini al direttore Pietro Carpanelli*, Verona 1831, p. 20. Fu socio corrispondente dell'AASAVr dal 1842. Il dottor Fagioli si rivelò figura fondamentale nella formazione artistica del nipote, lo scultore Innocenzo Fraccolari (1805-1882) che fu parente, da parte di madre, dell'architetto Ettore Fagioli (1884-1961).
- 24 Nato nel 1789 a Sanbonifacio, nel 1828 è registrato come «farmacista e droghiere alle <Due> Campane sulla Via Nuova» (cfr. *L'Interprete Veronese...*, Verona 1828, voll. 1-2, p. 102).
- 25 G. B. Sembenini (1806-1870) proveniente da una famiglia di farmacisti di Castelnuovo del Garda (VR), che nel paese si succedettero in questa professione fin dal '700. Nato nel 1806 da Giovanni e Marianna Zamboni, si trasferì a Verona nel 1826 per dirigere una sua farmacia. Non ebbe figli dal matrimonio con la compaesana Maria Luigia Tessari celebrato nel 1838 e dalla quale in seguito si separò (AACVr, ff. 1387-11172). Sembenini, esperto in scienze chimiche e farmaceutiche, fu membro della Società dei Farmacisti dell'Alemagna settentrionale e dell'AASAVr che lo premiò con medaglia d'oro per i suoi meriti scientifici. Scrisse e tradusse diverse opere del settore. Tra le più importanti possiamo citare: *Manuale di farmacia teorica e pratica di E. Soubeiran capo farmacista dello spedale della Pietà, con tavole volto dal francese con consenso dell'autore ed accresciuto di giunte e note per cura di G. B. Sembenini farmacista*, Milano 1829,

- voll. 3; *Gazzetta eclettica di farmacia chimica-medica ed industriale, ossia Repertorio delle meglio utili notizie pei farmacisti, medici, chirurghi e manifatturieri*, Verona 1831-1833-1834, voll. 3; *Gazzetta eclettica di farmacia e chimica medica e repertorio delle meglio utili notizie pei farmacisti, medici e chirurghi compilato da Giambatista Sembenini, farmacista-chimico coadiuvato dal dr. G. Ganz e da altri valenti colleghi*, Verona 1833, vol. II; *Trattato di chimica elementare teorica e pratica, seguito da un saggio sulla Filosofia chimica e da un compendio sull'analisi del barone dottor L. J. Thénard. Traduzione eseguita sulla sesta edizione parigina 1834-35* (Verona 1835), vol. I; Con i colleghi G. Bertonecelli e G. Santi, farmacisti veronesi, pubblicò il *Codice Farmaceutico, ossia Farmacopea Francese [...] confrontato con la più emendata Farmacopea Austriaca [...]*, Venezia 1838, vol. I; *Trattato compiuto di Farmacia teorica e pratica di J. J. Virey. Prima traduzione italiana con aggiunte di G. B. Sembenini*, Verona 1839, vol. IV; *Miscellanea sui progressi delle scienze naturali e farmaco - medico legali*, Verona 1839; *Saggio sulla filosofia chimica del barone L. J. Thénard, traduzione rivista da G. B. Sembenini*, Verona 1839; *Annuario delle scienze chimiche farmaceutiche e medico-legali*, Mantova 1841; *Lezioni di stechiometria chimico-farmaceutica*, Verona 1845; *Annuario delle scienze chimiche farmaceutiche e medico-legali contenente tutte le scoperte relative a queste scienze*, Mantova 1846; *Manuale pratico di rimedi moderni, di segreti analizzati, di altri preparati tecnici, e specifici nuovi o migliorati dopo le ultime edizioni delle opere di G. Ruspini e G. Orosi*, Verona 1868 (Su di lui si veda anche: I. CANTÙ, *L'Italia scientifica contemporanea, notizie sugli Italiani ascritti ai cinque primi congressi, attinte alle fonti più autentiche*, Milano 1844, pp. 118, 119. I suoi manoscritti, "Raccolta di Studi Farmaceutici e Chimici", Carteggi, bb. 142-149, sono conservati presso la Biblioteca Civica di Verona).
- 26 Cfr. *Regolamento della Medico-Chirurgica-Farmaceutica Società di Reciproco Soccorso*, Verona 1846 (fascicolo a stampa); *L'Interprete Veronese, ossia guida per l'anno 1853*, vol. 10, p. 93. Sul *Giornale (Euganeo) di Scienze, Lettere, Arti e Varietà*, Padova 1845, vol. 4, pp. 179-181, Ganz espone ampiamente caratteristiche e finalità di questa "Pia Istituzione" alla quale risulta iscritto solamente fino al 1861.
- 27 ASVr, *Società medico - chirurgica - farmaceutica di reciproco soccorso*, b. 19.
- 28 Giovanni Girolamo Orti Manara (1803-1858), molto impegnato nella vita politica cittadina, fu podestà di Verona dal 1838 al 1850 e fino al 1839 Conservatore della Società Letteraria, del Museo lapidario e Socio attivo dell'AASAvr dal 22 settembre 1827. Numismatico e archeologo, fu un importante collezionista di testi epigrafici, ideatore e finanziatore de "Il Poligrafo". Vasta la sua bibliografia, anche se, nel complesso, poco importante sul piano scientifico (si veda anche alla nota 31).
- 29 Fu eletto socio corrispondente della So-

- cietà medico-chirurgica di Bologna il 30-6-1837 (cfr. *Bullettino delle scienze mediche*, serie II, vol. III, Bologna 1837, p. 168).
- 30 *Estratto di alcune memorie scientifiche lette nelle ordinarie adunanze dell'Accademia Medico Chirurgica di Ferrara negli anni 1836-1837-1838-1839*, Bologna 1840, p. XIII.
- 31 Sito Accademia Agricoltura, scienze e lettere: [www.aaslv.it/storia/storia/](http://www.aaslv.it/storia/storia/)
- 32 A.G. SCOLARI, *Edoardo de Betta (1822-1896), naturalista*, Verona 2009, p. 58.
- 33 Carlo Tonini (1803-1877), chimico, agente farmacista, fu membro effettivo dell'Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona dal 1834. Fu autore del *Manuale di chimica tecnologica coronato dall'Accademia d'Agricoltura, Commercio ed Arti di Verona* (Verona, 1850-1851), voll. 2.
- 34 Abramo Massalongo (1824-1860) nacque a Tregnago. Dopo la laurea in giurisprudenza si iscrisse alla facoltà di medicina ma, attratto fin dall'infanzia dagli studi della natura in tutti i suoi aspetti, coltivò la ricerca nel campo della botanica, dell'erpetologia e della geologia. Fu il vero fondatore del Museo di Scienze Naturali di Verona.
- 35 SCOLARI, *Edoardo de Betta*, pp. 58-61.
- 36 Giulio Camuzzoni (1816-1897), figlio di Carlo, uno dei tredici fondatori della Società Letteraria nel 1808. Avvocato e politico, fu sindaco di Verona dal 1867 al 1883 e presidente dell'Accademia di Agricoltura dal 1857 al 1859 (cfr. G. CAMUZZONI, *Note autobiografiche e scritti vari che vi si collegano*, Verona 1896, pp. 106-108; E. CURRI, *Il Ministro e l'Accademia*, "Atti e memorie dell'Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona", vol. CLXXXV [a.a. 2011-2012]).
- 37 Antonio Manganotti (1810-1892), chimico-farmacista, professore di chimica e Storia naturale alle Scuole Reali di Verona. Fu segretario della Pubblica Accademia di Agricoltura (1859-1869) e presidente (1887-1890). Provetto conoscitore della flora veronese, lasciò un consistente erbario e fu autore di molte pubblicazioni (sulla sua produzione scientifica rimando a <https://www.abebooks.it/ricerca-libro/autore/manganotti-antonio>; [http://www.destradigelagarina.it/UploadDocs/4895\\_art07\\_perazza.pdf](http://www.destradigelagarina.it/UploadDocs/4895_art07_perazza.pdf)). Vedovo della benestante Montorsi Laura, si risposò con Marianna, figlia dell'avvocato Silvestri. Il loro unico figlio, Orsino Bruto, fu medico e consigliere comunale di Verona. Da Orsino e Cornelia Malenza, nel 1901 nacque Gilberto, eminente studioso, professore di fisiopatologia e istopatologia delle dermatosi. Membro della Società medica chirurgica di Bologna, da quell'Università nel 1970 fu insignito della medaglia d'oro dei benemeriti della scienza e della cultura. Fu condirettore dell'*Archivio italiano di dermatologia, sifilografia e venerologia* dal 1952 al 1959. Morì a Firenze nel 1980 (sulla sua brillante carriera si veda: L. BONUZZI, *Dizionario Biografico degli Italiani* - vol. 68, anno 2007).
- 38 Stefano De Stefani (1822-1892), chimico e botanico leghnese, laureato a Padova nel 1841 in chimica farmaceutica, si stabilì a Verona nel 1847 dove esercitò come

- 'speciale'. Fu sposato con la veneziana Bizio Caterina dalla quale ebbe nove figli (AACVr, f. 2606). Della figlia Maria Anna è nota una lettera, inviata alla nonna materna Maria Gradenigo Bizio di Venezia, con la narrazione della morte di Carlotta Aschieri trucidata dagli austriaci davanti al caffè Zampi in Via Nuova il 6 ottobre 1866 (cfr. <http://www.traditio.it/SACRUM%20IMP/2014/febbraio/02/Carlotta%20Aschieri.pdf>, consultato il 7-1-2020). De Stefani, studioso di paleontologia (scienza che studia la cultura delle civiltà umane preistoriche e protostoriche attraverso l'analisi dei reperti materiali) raggiunse vasta notorietà negli ambienti scientifici italiani ed entrò a far parte del folto gruppo di naturalisti veronesi con i quali nel 1856 fondò la società Ibis. Pioniere negli studi preistorici del Veronese, fu protagonista delle prime ricerche nel lago di Garda e nella Lessinia che indagò in modo sistematico, segnalando centinaia di stazioni litiche prima sconosciute. Le sue indagini archeologiche sono strettamente connesse alla storia e all'attività dei primi anni di vita del Museo Civico di Verona e alla formazione delle sue collezioni. A questo riguardo, va considerata come evento fondamentale l'Esposizione Preistorica Veronese, inaugurata nel 1876. Nel giro di pochi anni egli fece confluire nel Museo importanti collezioni di reperti preistorici, recuperate nei suoi scavi nei siti palafitticoli di Peschiera e Pacengo, nel Comune di Breonio e in varie necropoli della pianura veronese. Come conservatore della sezione naturalistica e archeologica, si adoperò anche per il riordino dell'esposizione e dei depositi dopo la rovinosa alluvione dell'Adige nel 1882. Nel 1875 fu presidente dell'Accademia di Agricoltura di Verona.
- 39 Leopoldo Stegagnini (1821-1897), figlio del fabbro ferraio Giuseppe e di Rosa Bernali, era il terzo di quattro fratelli (AACVr, f. 10826). Esperto dantista, fu insegnante di letteratura italiana e latina nei ginnasi del Veneto. Studiò presso il Seminario vescovile di Verona. Consacrato sacerdote nel 1844, quasi contemporaneamente iniziò la sua attività didattica, dapprima nel Seminario vescovile - dove ebbe tra i suoi allievi san Daniele Comboni e don Pietro Zenari (poeta e parroco di Caldiero) - poi a Venezia, Rovigo e infine di nuovo a Verona presso l'Imperial Regio Ginnasio-Liceo. Nel luglio del 1879 si ritirò in pensione. Fermamente convinto dei suoi ideali risorgimentali, ripose grandi speranze nell'elezione del pontefice Pio IX. Le sue opinioni patriottiche non erano sconosciute alle autorità austriache. Nelle sue memorie (*I miei tempi*, ms. 3113, BCVr), lo stesso Stegagnini raccontò di come avesse dovuto più volte liberarsi di materiale compromettente temendo le famigerate perquisizioni della polizia.
- 40 "La Gazzetta ufficiale", nacque a Verona nel 1855 come trisettimanale e dal 1857 divenne quotidiano. Nel 1860 si trasformò in giornale politico col titolo di "Giornale di Verona", il cui programma era indicato dai motti del frontespizio: "Leggimità e Libertà - Integrità dell'Impero". Col 1864 si trasformò in "Nuova Gazzetta di Verona", sempre

- austriacante (F.FATTORELLO –G. NATALI–S. LACOLLA– T. INTERLANDI–E. AMICUCCI, in *Enciclopedia Italiana*, 1933).
- 41 “Il consultore amministrativo: giornale ebdomadario di legislazione, giurisprudenza, dottrina ed interessi amministrativi, redatto dal dott. Casimiro Bosio” (editore Giuseppe Civelli di Verona), vide la prima pubblicazione nel 1860.
- 42 Agostino Goiran (Nizza 1835- Nizza 1909), esperto fotografo e personaggio di spicco della botanica veronese, è ritenuto ancor oggi forse il più insigne florista del territorio in cui operò. Dal 1870 fu docente di fisica presso il Liceo Maffei, e di Storia naturale presso il Collegio agli Angeli (1871-1891). Socio dell'Accademia d'Agricoltura, realizzò un prezioso erbario conservato presso il Museo di storia naturale di Verona (T. RONCONI, *Le origini del R. Liceo-Ginnasio “Scipione Maffei” di Verona; per il primo centenario dell'Istituto*; estratto dagli “Studi Maffeiani”, Torino 1909, p. 306; GEOCHELE, *L'educandato agli Angeli nella storia dell'educazione a Verona, Verona 2006*, p. 281; L. STEGAGNINI, *I miei tempi, uno sguardo...*, p. 201, e nota 205).
- 43 Sull'argomento rimando a P. DELAINI, *Tra moti risorgimentali e mitologia orientale*, in “HIRAM”, Rivista del Grande Oriente d'Italia, n. 2/2013 (7-6-2013), pp. 60-65, consultato in: [http://www.academia.edu/3834899/Tra\\_moti\\_risorgimentali\\_e\\_mitologia\\_orientale](http://www.academia.edu/3834899/Tra_moti_risorgimentali_e_mitologia_orientale), il 5 febbraio 2019.
- 44 Edoardo De Betta (1827-1896), di origine trentina, naturalista ed erpetologo, pubblico amministratore, podestà di Verona, membro effettivo dell'Accademia di Agricoltura e più volte presidente, nel 1864 propose l'erezione della statua di Dante e nel 1866 guidò Verona nel passaggio storico alla patria italiana (cfr. V.S. GONDOLA, *L'Accademia nel Risorgimento*, in “Atti e memorie dell'Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona”, vol. CLXXXV (a.a.2011-2012), p. 76).
- 45 STEGAGNINI, *I miei tempi, uno sguardo...*, p. 198.
- 46 Su questo importante personaggio si veda G. FERRARI DE SALVO, *Cenni per una storia dei medici ebrei di Verona fra tolleranza e persecuzione (XIII-XIX sec.)*, in “Verona Medica” (giugno 2015), p. 34 e nota 43.
- 47 STEGAGNINI, *I miei Tempi*, ms. 3113, BCvR, pp. 128-130 (da E. De Betta, p. 62).
- 48 La cinchonina è contenuta nella corteccia delle piante del genere *Cinchona*, come altri alcaloidi quali chinina, chinidina e cinchonidina. In medicina veniva usata come farmaco antimalarico al posto della chinina, ma cadde presto in disuso a causa della scarsa reperibilità e per l'effetto di breve durata.
- 49 Quando il cav. Giovanni Girolamo Orti Manara, direttore della “Gazzetta di Terapeutica Medica e Chirurgica”, trasformò la sua casa in un luogo di studi medici e naturalistici, il dottor Ganz ne fu il segretario. Alcuni degli elaborati vennero pubblicati nel *Dizionario di medicina interna ed esterna*, del dottor Moisè Giuseppe Levi, voll. 25.
- 50 Traduzione italiana dal francese di Ganz, dell'opera *La médecin picturesque* (che comprende quattro volumi di testo e un atlante con 94 tavole a colori), pubblicata nel 1834 a Parigi a cura di Antoine Laurent Jessé Bayle, professore di medicina, bibliotecario e direttore dell'*Encyclopédie des Sciences médicales*, che aveva ricoperto anche l'incarico di medico della casa reale di Charenton. A lui si deve la prima descrizione di una paralisi generale (dementia paralytica) chiamata malattia di Bayle.
- 51 Matthieu Joseph Bonaventure Orfila Puig (Minorca 1787–Parigi 1853). Figura di rilievo nel campo della tossicologia e nella politica per la gestione del sistema sanitario francese negli anni Trenta dell'Ottocento, medico di Luigi XVIII, professore della Scuola di Farmacia e della Facoltà di Medicina di Parigi, nonché membro di Accademie e di vari Consigli di Medicina parigini. Pubblicò diverse opere di carattere scientifico ottenendo vari riconoscimenti.
- 52 Octave Lesoeur (1802-1860), medico aggiunto alla facoltà di Medicina di Parigi, membro di molte società scientifiche francesi e straniere. Con il collega Orfila pubblicò *Traité des exhumations juridiques et considérations sur les changements physiques que les cadavres éprouvent en se pourrissant dans la terre, dans l'eau, dans les fosses d'aisance et dans le fumier* (Paris 1831), tradotto in italiano da Castelli e Ganz.
- 53 Ganz aveva già letto due capitoli della memoria sul Colera, sulle considerazioni generali e le cause di questo morbo, nella conversazione medico-chirurgica tenuta in casa di Giovanni Girolamo Orti Manara (cfr. *Notizie Letterarie, Regno Lombardo Veneto*, Verona, p. 71, 1° ottobre 1835, tornata 28- 29 ottobre 1835, tomo VII). Tale saggio fu nuovamente pubblicato nel 1837 in “Poligrafo, giornale di scienze, lettere ed arti di Verona”.
- 54 Il libretto, di pagine 56, che fu donato a Beatrice Aleari dal proprio fratello, è composto da tre capitoli: “Amore fisico e fisiologico”, “Amore morale o scientifico”, “Amore sociale o politico”. A pagina 5 si trova la dedica dell'autore: “A te Aleario Aleari, valoroso poeta, questi frammenti filosofico-medici sull'amore, nel giorno auspicato che la tua diletta Beatrice felicita il talamo d'uno sposo” (in *Bibliografia italiana: ossia elenco generale delle opere d'ogni specie e d'ogni lingua stampate in Italia e delle italiane pubblicate all'estero*, Milano 1845, vol. 11, pp. 219-220). In quegli anni abbondano i componimenti poetici e non, scritti “per nozze, laurea o in rimembranza” di amici e personaggi più o meno famosi.
- 55 Il medico Antonio Monti, di agiata famiglia originaria di Salò (BS), nacque a Verona nel 1817 e prestò servizio presso la Pia Casa di Ricovero in Via Pradaval (in *Guida militare, politica, amministrativa, giudiziaria, ecclesiastica e commerciale della città e provincia di Verona*, Verona 1863, p. 64). Sposò Tracagni Rosa, del fu conte Andrea e della contessa Sartori Lucia (AACVr, f. 2600). Il libretto, di pagine 67, comprende i seguenti capitoli: “Trattato della salute”; “Salute delicata”; “Salute ideale e perfetta”; “Sette regole della salute”; “Abuso dell'igiene”; “L'igiene dei bambini”; “Una rimembranza” (qui, Ganz racconta al collega e cognato, la fraterna amicizia che lo legò a Lodovico P., suo compagno di studi universitari, morto prematuramente di tisi).
- 56 François Marie Charles Fourier (1772-1837) fu un filosofo francese. Il suo pensiero, definito progressista se non rivoluzionario, è da ricercarsi nell'Illuminismo e in particolare in Jean Jacques Rousseau, soprattutto nel considerare la parità tra uomo e donna e nel nuovo metodo pedagogico, che dovrebbe favorire lo sviluppo libero e creativo dei bambini tramite la scoperta dei loro istinti individuali (da Wikipedia, consultata il 16-4-2019).
- 57 “Versi giornalieri e dozzinali con alcune iscrizioni di Santi Fontana, il dì XV luglio MDCCCXXX (BCvR, *Sonetto*, b. 134). Di Santi Fontana, prete veronese, sono note: *Le due orazioni recitate in Santo Stefano li giorni quindici e sedici novembre millesettecentonovantanove in laude della Santa Croce*, Verona 1800; *Della santa croce proposta al popolo cristiano, orazione seconda*, dedicata ad Antonio Guarienti, Verona, 1807; *Sonetti di grave argomento del prete Santi Fontana, veronese, intitolati al sommo oratore l'abate don Serafino De Luca, vicentino*, Trieste 1830.
- 58 G. FEDRIGO, *Topografia fisico-medica della città di Venezia, delle sue isole, estuari e lagune, dei cangiamenti nati e dei mezzi profilattici d'igiene*, Padova 1831, p. 137; AACVr, f. 5761.
- 59 BENNASSUTI, *L'Interprete Veronese...*, Volume II, Verona 1835, p. 123; *Almanacco per le provincie soggette al I. R. governo di Venezia: per l'anno bisestile 1836*, p. 341; *Almanacco per le provincie soggette al I. R. governo di Venezia: per l'anno 1843*, pp. 554-642.
- 60 BENNASSUTI, *L'Interprete Veronese...*, vol. 7, p. 74.
- 61 Stando allo scrittore e storico di fede mazziniana Osvaldo Perini (cfr. “Notiziario Banca Popolare di Verona”, n. 2, anno 1992), questa singolare società segreta sorta a scopo politico, collegata con la Massoneria e la Carboneria, nacque a Verona nel 1828 e subito si diramò ampiamente nel Veneto. Il suo nome deriva dal verbo *masenàr* usato con il significato di ‘macinare’ per il futuro, ovvero preparare il terreno per l'unificazione dell'Italia, ma anche con il senso di “menare le mani”, ossia picchiare l'oppressore austriaco. A Verona, i *masenini* avevano il loro quartiere generale in una stanza appartata nell'osteria “Alle due Morette”, nell'omonimo vicolo che da Via Roma, all'altezza di Piazzetta Pasque Veronesi, sbuca in Corso Cavour. Qui gli irredentisti tramavano un'insurrezione, ma nel 1831 furono scoperti e incarcerati.
- 62 Cfr. A. MARIUCCI, *Organismo ed azione delle società segrete nel Veneto durante la seconda dominazione austriaca (1814-1847)*, Venezia 1930, p. 89, in V.S. Gondola, *L'Accademia nel Risorgimento*, in: “Atti e memorie dell'Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona”, vol. CLXXXV (a.a. 2011-2012).
- 63 ASVr, *Nuvoloni, Guffi, Schioppo*, b. 19, n. 264.

# *Fnomceo lancia il primo corso Ecm sul nuovo Coronavirus*

Sarà targato Fnomceo il primo corso Ecm sul nuovo Coronavirus.

È trascorsa appena una settimana dalla delibera della Commissione nazionale per l'Educazione continua in medicina che ha dichiarato la Covid-19, la malattia dovuta a questo agente patogeno, 'tematica di interesse nazionale' e ha concesso la possibilità di accreditare i relativi corsi con una 'procedura d'urgenza'. Opportunità subito sfruttata dalla Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri che lancia ora l'evento di Formazione a distanza "Nuovo Coronavirus: tutte le formazioni indispensabili".

Il corso, aperto a medici e odontoiatri, gratuito e accreditato per 7,8 crediti Ecm, sarà disponibile sulla piattaforma Fadinmed a partire dal 22 febbraio prossimo e sino a fine anno. Gli Ordini potranno replicarlo sul territorio in modalità residenziale con i materiali che saranno messi a disposizione dalla Federazione.

I contenuti saranno poi resi disponibili per tutti i medici italiani anche attraverso un e-book, scaricabile gratuitamente dal Portale Fnomceo.

"La vera novità di questo corso, considerata la particolarità dell'argomento e la continua evoluzione delle conoscenze a livello mondiale, è che i contenuti saranno aggiornati in tempo reale, ogni 15 giorni, via via che emergeranno nuove evidenze scientifiche – spiega Roberto Stella, responsabile area Strategica Formazione della Fnomceo -.

L'obiettivo è quello di fornire ai professionisti sanitari uno strumento di informazione sulla Covid-19 e le sue ripercussioni sul panorama mondiale. Vengono inoltre comunicate le

modalità e i comportamenti da tenere in caso di contatto con casi sospetti o soggetti a rischio".

Dopo un'introduzione sull'epidemiologia (origine, numeri dell'epidemia, possibili scenari, valutazione del rischio), si passerà ad analizzare la 'Carta d'identità' del virus, le modalità di contagio, i sintomi della Covid-19. Un capitolo sarà dedicato alla diagnosi e alla gestione dei pazienti. Si passerà poi alla prevenzione, con le misure rivolte alla popolazione, agli esercenti di attività aperte al pubblico, agli operatori sanitari.

In conclusione, dopo gli interventi di sanità pubblica, un intero capitolo sarà dedicato alla corretta comunicazione.

"In situazioni come queste la comunicazione è importante – afferma il Presidente della Fnomceo, Filippo Anelli – per informare con trasparenza senza minimizzare i rischi e senza, d'altro canto, creare allarmismi inutili. Allo stesso modo è fondamentale che gli operatori sanitari siano opportunamente aggiornati e formati per poter offrire la migliore assistenza, e le migliori risposte, ai cittadini.

I contenuti del corso saranno perciò aderenti alle evidenze scientifiche messe a disposizione dal Ministero della Salute, dall'Istituto Superiore di Sanità, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e da altre istituzioni italiane e internazionali".

Responsabile scientifico del corso sarà il professor Fabrizio Pregliasco, virologo dell'Università degli Studi di Milano. Tre le autrici dei testi: Nicoletta Scarpa, giornalista scientifica, Donatella Sghedoni, medico, Rosa Valetto, giornalista scientifica.

## **RICORDATE...!**

*È fatto obbligo a tutti gli Iscritti:*

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

*Prestanomismo*

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

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

# Triennio 2020 - 2022: obbligo formativo ECM

Nella seduta del 18 dicembre 2019 la Commissione Nazionale per la formazione continua ha stabilito di mantenere l'obbligo formativo, pari a centocinquanta crediti, per il triennio 2020-2022 e di consentire l'acquisizione dei crediti formativi relativi al triennio 2017-2019 sino al 31 dicembre 2020.

Attualmente, pertanto, ferma restando l'applicazione di quanto già disciplinato, la normativa ECM prevede per:

- **Triennio 2014 – 2016 e Triennio 2017 - 2019:** il recupero dei crediti mancanti sarà consentito fino al 31 dicembre 2020 ed il conseguente spostamento si potrà effettuare sul CoGeAPS a cura del professionista;
- **Triennio 2020 – 2022:** l'acquisizione dei crediti formativi stabiliti, pari a 150 salvo esoneri, esenzioni e altre riduzioni, dovrà essere conseguita entro il 31 dicembre 2022.

Tra le altre novità, anche l'inserimento tra le tematiche di interesse nazionale con relativo bonus di crediti, della formazione sull'utilizzo della cannabis terapeutica nella gestione del dolore e l'accreditamento dei percorsi multidisciplinari di sperimentazione clinica dei medicinali, nei

quali sia data rilevanza alla medicina di genere e all'età pediatrica.

L'anno 2020 servirà per avviare e portare a termine un processo di riforma del sistema, finalizzato ad elevare la qualità degli eventi formativi per migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche, manageriali degli operatori sanitari, con l'obiettivo di assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

Vi segnaliamo inoltre che i corsi FAD, al momento disponibili sulla piattaforma FADINMED ([www.fadinmed.it](http://www.fadinmed.it)), sono tutti in scadenza il 31 dicembre 2019 e che devono essere conclusi entro tale data per ottenere i crediti.

I corsi riaccreditati per il 2020 saranno di nuovo disponibili online soltanto a partire dal primo febbraio per motivi di manutenzione tecnica della suddetta piattaforma.

Saranno nuovamente attivati:  
LA VIOLENZA SUGLI OPERATORI SANITARI dal 01 febbraio 2020 al 31 gennaio 2021 – crediti ECM n° 10,4

LA CERTIFICAZIONE MEDICA: ISTRUZIONI PER L'USO dal 01 feb-

braio 2020 al 31 gennaio 2021 – crediti ECM n° 8

LA SALUTE DI GENERE dal 01 febbraio 2020 al 31 gennaio 2021 – crediti ECM n° 8

IL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA dal 01 febbraio 2020 al 31 gennaio 2024 – crediti ECM n° 12

NASCERE IN SICUREZZA dal 01 febbraio 2020 al 31 gennaio 2021 – crediti ECM n° 14

SALUTE E MIGRAZIONE: CURARE E PRENDERSI CURA dal 01 febbraio 2020 al 31 gennaio 2021 – crediti ECM n° 12

VACCINAZIONI: EFFICACIA, SICUREZZA E COMUNICAZIONE (con contenuti aggiornati) dal 01 febbraio 2020 al 31 gennaio 2021 – crediti ECM n° 15,6

LA LETTURA DELL'ARTICOLO MEDICO-SCIENTIFICO dal 01 febbraio 2020 al 31 gennaio 2021 – crediti ECM n° 5

ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP: UN APPROCCIO BASATO SULLE COMPETENZE dal 01 febbraio 2020 al 31 gennaio 2021 – crediti ECM n° 13.

## 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.

# Quanto costano gli organi collegiali dell'Enpam

L'**Assemblea nazionale** del 28 novembre 2015 ha approvato un nuovo sistema di compensi agli organi collegiali con l'obiettivo di renderli più chiari e trasparenti (Grafico n.1).

Per gli organi di vertice e i componenti del Consiglio di amministrazione il nuovo sistema (*leggi la delibera*) stabilisce **un'indennità di carica complessiva** che sostituisce il sistema precedente composto da indennità di carica e indennità di trasferta.

Inoltre il compenso del Presidente viene vincolato al raggiungimento di tre obiettivi: il rispetto dell'equilibrio trentennale della gestione previdenziale, il rispetto della riserva legale quinquennale e il raggiungimento di un utile di esercizio.

Se i tre requisiti non vengono soddisfatti sono previsti tagli all'indennità di carica pari al 10 per cento per ogni obiettivo non raggiunto (Tabella n. 2).

Per il Presidente è stato posto un limite all'indennità di partecipazione a riunioni connesse alla carica, fissato al 40 per cento dell'indennità di carica, mentre sono state eliminate le indennità di carica previste in passato per il Presidente supplente del Collegio sindacale e per i Sindaci supplenti.

Ogni componente dell'Assemblea nazionale, organo che deve riunirsi **due volte all'anno** secondo le regole statutarie, percepirà 1.400 euro per seduta, cioè 2.800 euro lordi annui. In questo importo rientra il compenso per la sua attività di rappresentanza svolta sul territorio durante tutto l'anno, l'eventuale assicurazione per la responsabilità assunta nell'approvazione dei bilanci consuntivi e di previsione dell'Enpam e le spese di permanenza a Roma.

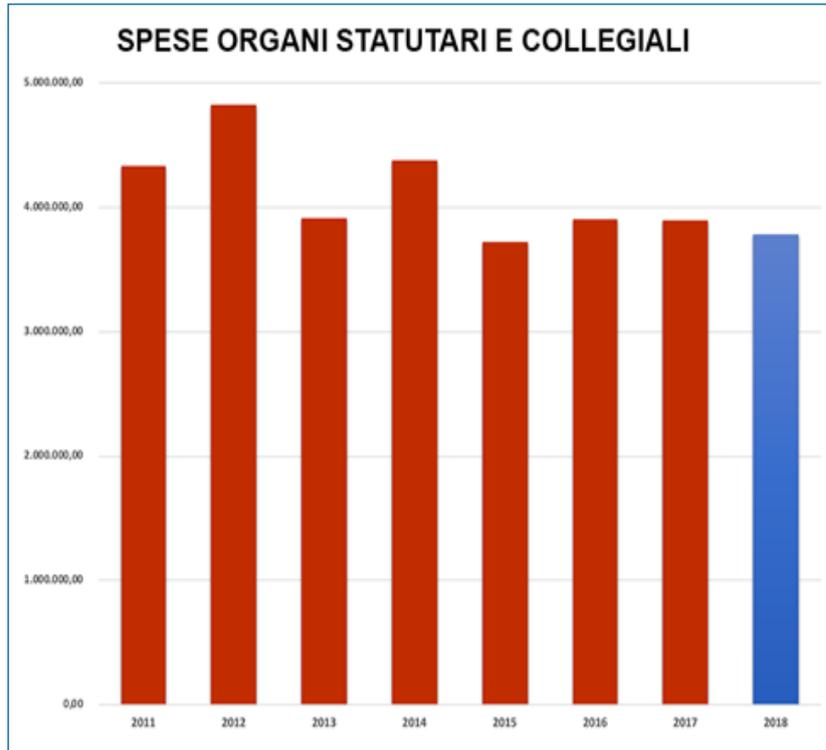


Grafico n. 1

	INDENNITÀ DI CARICA COMPLESSIVA
Presidente	€ 280.000
Vicepresidente vicario	€ 95.000
Vicepresidente	€ 75.000
Consiglieri	€ 32.000
Presidente Collegio sindacale	€ 35.100
Componenti Collegio sindacale	€ 28.080

Tabella n. 2

Inoltre dal compenso dovrà detrarre la spesa per **retribuire il sostituto** nelle ore in cui si assenta dall'ambulatorio per le **riunioni** e per i **viaggi** o, nel caso dei liberi professionisti, **compensare il mancato fatturato**. Nel caso di rappresentanti che risiedono a Roma e provincia l'indennità è pari a 1.000 euro.

**IL PRECEDENTE SISTEMA DI INDENNITÀ**

Negli importi relativi agli anni precedenti erano compresi, oltre alle indennità, i gettoni di presenza per la partecipazione al Consiglio di amministrazione, commissioni, Comitato esecutivo, Comitati consultivi, Consigli nazionali e le spese di permanenza a Roma o di trasferta in occasione delle assemblee con gli iscritti presso gli Ordini provinciali dei medici, i congressi sindacali etc.

Le **indennità** di carica dei componenti degli organi collegiali dell'Enpam erano state determinate dal Consiglio nazionale nel 2005 (*leggi*

*la delibera*), confermate nel 2007 (*leggi la delibera*) e **ridotte del 10% a partire dal 1° gennaio 2012** (*leggi la delibera*). Con la stessa delibera fu decisa una **decurtazione del 10% del gettone di presenza**, che passò da 600 a 540 euro.

**A giugno 2014** è stata decisa un'ulteriore **riduzione del 10% del gettone di presenza**, sceso da 540 a 486 euro, nonché il **taglio del 20% dell'indennità di trasferta** per i componenti degli organi collegiali e consultivi (*leggi la delibera*).

**ENPAM: COSTI GIÙ DI 1 MILIONE, PIÙ 5 MILIARDI DA INVESTIMENTI**

Dal 2012 ad oggi gli investimenti Enpam hanno prodotto 5,129 miliardi di euro di proventi.

Allo stesso tempo i costi per gli organi collegiali sono diminuiti.

Il risultato patrimoniale si evince da un'analisi realizzata a partire dall'anno in cui è entrato in carica l'attuale

Presidente, e aggiornato al 31 ottobre 2019. Le somme sono calcolate a valori di mercato.

Nel complesso, sempre a valori di mercato, il patrimonio è cresciuto da 12 a 23 miliardi di euro, ma solo per 7,5 miliardi questo è dovuto ai contributi degli iscritti (che sono stati messi a riserva) mentre altri 5 miliardi sono il frutto delle scelte di investimento.

Da questi numeri vanno sottratti 685 milioni di euro di oneri di funzionamento generali dell'Enpam e 919 milioni di euro di imposte e tasse sulla gestione patrimoniale.

Dal 2012, invece, sono diminuiti di circa un milione di euro i costi per gli organi collegiali (presidenza inclusa) che sono passati da 4,8 milioni di euro a 3,78 del 31 dicembre 2018.

La diminuzione è avvenuta nonostante, a seguito di una riforma che ha aumentato la rappresentatività, i componenti degli organi siano passati da 219 a 287.

