

VERONA MEDICA

EDIZIONE SPECIALE

In questo numero:

**Relazione del presidente alla assemblea
ordinaria annuale - 15 dicembre 2021 pag. 5**

**Riusciremo a sconfiggere
l'epatite C entro il 2030? pag. 15**

**Problematiche etiche nei sistemi basati
sull'intelligenza artificiale in medicina pag. 22**

**Bilancio 2021: meglio del previsto.
Ok a quello di previsione 2022 pag. 41**

4

**DICEMBRE
2021**

VERONA MEDICA

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

Anno LVI n. 4 DICEMBRE 2021

Registrazione del Tribunale di Verona
n. 153 del 20/3/1962

ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VERONA



VERONA - Palazzo Vitruvio Cerdone - Via Locatelli, 1 - 37122 Verona
tel. 045 8006112 / 045 596745 - fax 045 594904
web: www.omceovr.it

Direttore Responsabile
Roberto Mora

Comitato di Redazione
Francesco Bovolin, Roberto Mora,
Franco Del Zotti, Marco Caminati, Giulio Rigon

Consiglio Direttivo
Presidente: Carlo Rugiu
Vice-Presidente: Lucio Cordioli
Segretario: Anna Tomezzoli
Tesoriere: Caterina Pastori

Consiglieri
Giorgio Accordini, Sandro Bellamoli, Franco Bertaso,
Elena Boscagin, Giorgio Carrara, Amedeo Elio, Fabio Facincani,
Letizia Formentini, Alfredo Guglielmi, Federico Gobbi,
Umberto Luciano, Anna Maria Musso, Francesco Orcalli

Revisori dei Conti
Vania Teresa Braga, Pasquale Cirillo

Revisore dei Conti Supplente
Marco Barbetta

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

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

Foto di Copertina
Martino Mora
"Marrakech"

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 *Due anni di Pandemia*

NOTIZIE DALL'ORDINE

6 *Relazione del presidente alla assemblea ordinaria annuale - 15 dicembre 2021*

6 *Esenzioni e Minacce*

7 *Verballi del Consiglio e delle Commissioni*

ALBO ODONTOIATRI

12 *Verballi della Commissione Odontoiatri*

AGGIORNAMENTO

13 *TEST SALIVARI: alcune delucidazioni*

15 *Riusciremo a sconfiggere l'epatite C entro il 2030?*

19 *RACCOMANDAZIONI AIFA SUI FARMACI per la gestione domiciliare di COVID-19 Vers. 3 - Agg. 04/10/2021*

BIOETICA E MEDICAL HUMANITIES

22 *Problematiche etiche nei sistemi basati sull'intelligenza artificiale in medicina*

PROFESSIONE E LEGGE

24 *Percentuale invalidità civile e prestazioni assistenziali*

24 *Crediti formativi: cosa fare entro fine anno*

ATTUALITÀ

26 *Covid, la Fnomceo in audizione sulle "cure mancate"*

27 *Congresso nazionale FIMMG - METIS di Villasimius*

28 *L'intervento di Olivetti al congresso Fimmg di Villasimius*

30 *La Medicina Generale alla dipendenza? Se passa la riforma 84 miliardi di danni per ENPAM*

30 *ATTACCO NO VAX alla sede dell'Ordine dei Medici di Trento*

STORIA DELLA MEDICINA

31 *Insecuritas e follie in tempo di contagio*

FOMCeO

39 *Il tromboembolismo al tempo del Covid*

40 *Covid o malanni di stagione? Arriva il corso on line che aiuta nella diagnosi differenziale*

ENPAM

41 *Bilancio 2021: meglio del previsto. Ok a quello di previsione 2022*

42 *Le pensioni di Quota A e dei medici di medicina generale ora si chiedono online*

42 *Banca d'Italia ed Enpam in aiuto delle vittime del Covid*

43 *Come prendere 29 giorni di pensione in più*

44 *Tre strade per risparmiare sulle tasse entro fine anno*

45 *Borse di studio Enpam per i figli dei liberi professionisti*

LIBRI RICEVUTI

46 *La Sicilia di Elio Insacco*

46 *Come leggere uno studio clinico*

47 *In memoria di BEPPE GRECO*

ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VR

NUOVO ORARIO DI APERTURA DELLA SEGRETERIA DELL'ORDINE (dal 7 MARZO 2018)

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

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

Due anni di Pandemia

Cominciò tutto due anni fa, a gennaio del 2020. Le notizie che giungevano destavano più curiosità che allarme; quello è arrivato poco dopo.

Da tempo i virologi ci avevano avvertito. Prima o poi sarebbe arrivata una nuova pandemia. Ce ne aspettavamo una da virus influenzale, come quella di Spagnola del 1918. Nessuno immaginava che il virus responsabile potesse appartenere alla famiglia del banale raffreddore, così quando arrivò il COVID 19 fu una novità. Le nostre difese immunitarie non lo riconoscevano e aveva via libera ad un contagio respiratorio rapido, immediato, aggressivo e universale. In un mese, fece il giro del globo, complice il fatto che gli spostamenti, ora, sono rapidi e che gli untori viaggiano in aereo e non più sulle carovane dei mercanti delle epidemie del passato o sui barconi degli immigrati.

In poco tempo si scoprì che aveva una letalità maggiore di quella dell'influenza, anche se qualcuno all'inizio non voleva ammetterlo. I primi articoli scientifici ci dissero che si trasmetteva con le goccioline di saliva, resisteva sulle superfici, per entrare nelle cellule usava il recettore ACE 2, penetrava in tutto il corpo ma prediligeva il fondo dei polmoni, dove scatenava una polmonite e una sindrome respiratoria acuta terribile e di difficile trattamento. Nessuno immaginava un virus tanto nuovo, così diffusivo e così micidiale. Avvisaglie, a ripensarci, c'erano state: la Covid SARS del 2002, la Covid MERS del 2006, ma siccome si erano esaurite in breve tempo, eravamo orientati a difenderci da una pandemia influenzale più che da una da Coronavirus. Si scoprì che il nostro piano pandemico era datato, superato, non aggiornato e che nessuno aveva fatto scorte di DPI. Mancavano le mascherine, i guanti, i disinfettanti. Quelli che si trovavano avevano prezzi esagerati. In ospedale, al pronto soccorso e negli ambulatori eravamo a "mani

nude". In breve tempo l'epidemia dilagò. Il primo paziente a Codogno, il secondo a Vò Euganeo. I morti furono tanti, al punto che gli obitori non avevano più posto e che i camion dell'esercito dovettero prendere il posto delle auto funebri. Il Veneto se la cavava meglio della Lombardia, ma restò comunque tra le regioni più tartassate. Arrivò la Pasqua in "lockdown", con la gente che ci osannava dai balconi. L'Europa a studiarci per imparare come difendersi.

Cominciarono le discussioni sulle origini del virus. C'era chi lo imputava allo "spillover" dal pipistrello allo zibellino e da questo all'uomo e chi lo voleva il frutto di una sperimentazione sfuggita di mano agli scienziati nei laboratori cinesi. Ad alimentare questa ipotesi le affermazioni di un famoso virologo, ora in pensione, che anche adesso fa notizia perché sostenitore di idee no-vax.

L'arrivo di test rapidi ci fece scoprire che i casi erano molti di più di quelli che riconoscevamo e che i diffusori erano anche quelli senza sintomi. In televisione comparvero i virologi e scoprimmo che da noi ce n'erano molti di più che in altri paesi. E che non sempre erano d'accordo. In Veneto le notizie sulla diffusione pandemica ce le dava il Governatore Zaia che vide la sua popolarità salire alle stelle.

Con l'estate la tregua. Finalmente in giro senza mascherina, e finalmente liberi di tornare a casa dopo le 10 di sera. Ma fu sufficiente qualche festa di troppo nelle discoteche della Sardegna a far riprendere la corsa al virus. La seconda ondata arrivò autunno e fece altrettanti morti. Tra questi anche due colleghi che conoscevo bene.

A dicembre l'arrivo dei vaccini e l'apertura degli Hub vaccinali con la gente in coda che si accalcava per ricevere il vaccino. L'industria farma-

ceutica aveva battuto ogni record e la speranza di uscire dalla pandemia diventava cosa possibile.

Ma proprio questo successo della scienza e dell'industria fu occasione di diffidenza.

Cominciarono le teorie del complotto che ci volevano schierati contro le "cure domiciliari" di una malattia "naturale" e nella maggior parte dei casi "innocua", per far guadagnare l'industria dei vaccini. Scoprimmo che quanti la pensavano così erano un numero maggiore di quello che credevamo e che tra questi c'era anche qualche personaggio illustre, e, quel che è peggio, anche qualche politico.

A maggio l'esordio del Green-pass e con quello la nascita dei movimenti vo-vax e no-pass e delle prime violenze. Purtroppo non solo verbali...! Con l'arrivo dell'inverno siamo all'inizio della quarta ondata. Speriamo sia meno pesante di quelle passate. I dati epidemiologici sono in tal senso confortanti.

Il timore è però che arrivino le "varianti". Prima è arrivata quella indiana, poi la brasiliana, ora quella che viene dal Sudafrica, la "omicron". In quel paese i vaccinati sono solo il 25%. Tutte in arrivo da paesi che fanno fatica a "metter d'accordo il pranzo con la cena".

Il fatto è che in un mondo globalizzato siamo tutti sulla stessa barca. O ci salviamo tutti o si affoga insieme. Se vorremo debellare la pandemia servirà che il vaccino sia disponibile anche nei paesi con reddito minore. E perché questo avvenga serve il miracolo della SOLIDARIETÀ.

Siamo a Natale. Speriamo che questo faccia il miracolo... e che si decida di passare dai buoni propositi ai fatti concreti.

ROBERTO MORA

Relazione del presidente alla assemblea ordinaria annuale - 15 dicembre 2021

Anche nel corso del 2021 l'attività ordinistica è stata in gran parte assorbita da questioni legate alla pandemia; ciononostante, abbiamo cercato di seguire con la medesima attenzione anche le attività non strettamente connesse al Covid. Nella mia relazione di fine anno troverete i punti salienti delle attività Ordinistiche svolte nel corrente anno e i progetti futuri.

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

Sospensioni: l'OMCeO ha svolto nella seconda metà dell'anno un ruolo molto importante, in collaborazione con le aziende sanitarie, nella sospensione dei Medici e Odontoiatri che non hanno ottemperato all'obbligo vaccinale; questo impegno, che si preannuncia in futuro ancora più importante, alla luce della recente normativa, proseguirà nei prossimi mesi.

Relazioni istruttorie e procedimenti disciplinari: il vicepresidente ed io abbiamo cercato di ottimizzare le audizioni, in modo che i vari casi esaminati potessero giungere in tempi ragionevoli alla attenzione della commissione disciplinare che è stata convocata più volte nel corso del 2021; nel 2022 prevediamo un calendario di convocazione a cadenza bimestrale, o, più ravvicinata, qualora ce ne fosse la necessità. Fra i progetti "in cantiere" mi piace anticiparvi che la Commissione Vettore, già molto attiva nel corso del 2021, proseguirà gli incontri di aggiornamento su temi di attualità dedicati

agli Iscritti, che finora hanno partecipato numerosissimi ai vari incontri. Per il prossimo anno, c'è il progetto di organizzare anche degli incontri aperti alla cittadinanza, per estendere al di fuori della comunità medica un'opera di corretta informazione su temi di attualità e di cultura medica. Anche il Comitato di Bioetica ha in programma per l'anno prossimo una serie di incontri dedicati ai MMG, per i quali è previsto l'accreditamento ECM. Tutte le Commissioni ordinistiche hanno continuato a svolgere i loro incontri, compatibilmente con la possibilità di riunirsi, e di queste attività verrà dato un resoconto in altra sede da parte dei coordinatori delle commissioni, che ringrazio per il lavoro svolto.

Rapporti con l'Università di Verona: abbiamo avuto il piacere di ricevere in sede il neo eletto presidente del corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e chirurgia, prof. Cristiano Chiamulera, che è venuto a presentarsi al Direttivo: in tale occasione egli ha delineato le linee programmatiche del suo mandato. Ritengo che questi incontri possano facilitare la collaborazione, importante, già avviata nei mesi scorsi con i vertici dell'Ateneo.

A tale proposito, i componenti del direttivo dell'OMCeO hanno sempre presenziato alle sedute di laurea abilitante in Medicina e Chirurgia, una attività importante e di prestigio per il nostro Ordine, che proseguirà nel 2022, regolamentata da un protocollo condiviso con la Presidenza della Scuola di Medicina. Federazione regionale: sono ripresi gli incontri fra i Presidenti degli OMCeO del Veneto in Regione Veneto, con l'assessore Lanzarin: nel corso di questi incontri, tenutisi su Zoom e, più recentemente, in presenza, sono state analizzate le maggiori criticità della assistenza sanitaria nella nostra Regione, fra le quali spicca la carenza di medici a tutti i livelli.

Collaborazione con le Sigle Sindacali: sono continuati gli incontri, già tenutisi in passato, con i Sindacati Veronesi riuniti attorno al nostro tavolo. Considero questa una esperienza molto utile e costruttiva, soprattutto in un momento critico per la nostra professione, non solo per gli effetti della pandemia, ma anche e soprattutto per la carenza dei MMG, degli organici medici nelle strutture ospedaliere, per le difficoltà incontrate dai liberi professionisti e dagli odontoiatri, relativamente alle specifiche caratteristiche delle diverse attività. Questo tavolo di confronto proseguirà e verrà implementato, compatibilmente con le restrizioni legate alla situazione pandemica.

È proseguita la collaborazione con il Comune di Verona, in particolare con l'Assessorato alle Pari Opportunità (Referente Avv.to Biani): abbiamo partecipato a un tavolo di lavoro avente come oggetto "La violenza sulle donne", al quale sono state delegate le dottoresse Braga e Tomezzoli.

È continuata la collaborazione con FEDERSPEV e A.M.M.I., con periodici incontri con i rappresentanti dell'OMCeO, che proseguiranno anche nel 2022.

Infine, nell'ottica di "avvicinarci" ai nostri iscritti, sono proseguite le comunicazioni tramite Facebook. Sempre in chiave comunicazione, si è affiancato al nostro bollettino trimestrale "Verona Medica", diretto con perizia e generosità dal direttore responsabile, dott. Roberto Mora, una newsletter, curata dalla nostra addetta stampa; la newsletter è esordita in autunno, e verrà inviata a tutti coloro che sono iscritti alla mailing list. Si tratta di una forma di comunicazione più agile e diretta rispetto a Verona Medica, che integra quanto proposto dal bollettino trimestrale, e che viene inviata in questo momento a circa 1000 iscritti.

A proposito di Verona Medica, ricordo a tutti voi l'edizione speciale contenente gli articoli sulla pandemia pubblicati nel corso di 18 mesi 2020-21, inviata a domicilio a tutti gli Iscritti nell'agosto di quest'anno.

Ricordo che l'Associazione Verona Network ha assegnato il Premio Associazioni e Ordini dell'edizione 2021 del "Premio Verona Network" all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Verona: lo ritengo un importante riconoscimento per l'impegno profuso nella nostra attività.

Il premio ci è stato consegnato il 15 luglio, nel corso di una cerimonia che si è tenuta alla presenza di Autorità della Provincia e della Regione Veneto.

Come ben sapete, la pandemia ci ha impedito di celebrare la Giornata del medico, e in quella occasione tributare la giusta riconoscenza ai Medici Senior e dare il benvenuto ai nostri neo-Iscritti: ci auguriamo che in fu-

turo, con l'attenuarsi delle restrizioni, si possa organizzare una giornata di adeguati festeggiamenti.

Infine, stiamo studiando, grazie all'impegno della tesoriera, un "lifting" della sala Fazzini: vorremmo migliorarne l'accoglienza, facendo sì che l'aula sia più confortevole e maggiormente fruibile, grazie anche ad un sistema wi fi adeguato e un sistema di audiovisivi aggiornato. Ed eccoci ai ringraziamenti: ringrazio tutti i componenti il Direttivo, fra i quali il segretario, che mi affianca in tutte le attività, il Consiglio dell'Ordine, la presidente CAO e la CAO tutta, e tutti i Colleghi che collaborano alle attività delle Commissioni. A tutti sono grato per tutto quello che fanno per la vita Ordinistica.

Ringrazio i nostri Collaboratori, in primis l'avvocato Gobbi, per il suo costante appoggio, la sua disponibilità e competenza; la prof.ssa Bortolotti,

sempre pronta a darci il suo prezioso parere e tutti i Collaboratori dell'Ordine. Un grazie di cuore al personale di Segreteria per il costante supporto, Rosanna, Virna, Alessandra, Elisabetta, Daniela e Iones e alla nostra addetta stampa, dottoressa Laura Perina.

Concludendo, stiamo cercando di realizzare i progetti prefissati, e direi che incominciamo a vedere i risultati della nostra attività, anche se due anni di pandemia hanno rivoluzionato le nostre attività e i nostri piani.

Chiedo a tutte le Colleghe e i Colleghi di aiutarmi, inviandomi eventuali suggerimenti. Le vostre mail (segreteria@omceovr.it) saranno ben accette ed utili per indirizzare al meglio il mio impegnativo compito.

CARLO RUGIU
PRESIDENTE OMCEO VERONA

Esenzioni e Minacce

LETTERA DEL PRESIDENTE AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Cara/o collega,
alcuni medici di medicina generale segnalano all'Ordine di ricevere da loro pazienti insistenti richieste di rilascio del certificato di esenzione (o differimento) alla vaccinazione anti-Sars-Cov-2, in assenza di specifiche condizioni cliniche documentate che la controindichino in maniera permanente o temporanea, e ciò all'evidente fine di ottenere la certificazione verde Covid-19 (sulla quale e sui presupposti di rilascio della certificazione si è espressa con chiarezza la circolare 4.8.2021 n. 0035309 del Ministero della Salute).

Viene altresì segnalato che, in molti casi, le richieste dei pazienti sconfinano in tratti minacciosi ed aggressivi, vengono presentate consulenze prive di riscontro scientifico cui il medico curante dovrebbe adeguarsi emet-

tendo la certificazione; che le richieste vengono talvolta accompagnate dalla lettera di un legale, ove si diffida il medico al rilascio della certificazione, pena la richiesta di danni nei suoi confronti, quando non si chieda perentoriamente al medico di farsi accompagnare alla visita dal proprio legale.

Ritengo opportuno che tali segnalazioni vengano inviate all'Ordine, ovviamente oscurando il nome dell'assistito, e ricordo che tali richieste dei pazienti legittimerebbero la ricusazione del paziente, per il venir meno del rapporto di fiducia che è alla base della presa in carico del paziente da parte del medico di medicina generale.

Le situazioni descritte – aventi carattere marcato di pressione indebita sul medico – sono infatti tese alla violazione dell'autonomia professionale

del medico, tutelata dalle norme nazionali e dal nostro codice deontologico, anche quanto alla certificazione di stati fisici dei pazienti, che il medico deve rilasciare secondo scienza e coscienza, secondo le linee guida e gli approfondimenti scientifici a sua disposizione in tema di vaccinazioni e dei loro effetti, evitando di rilasciare certificazioni compiacenti.

Ti invito pertanto a comunicarci con urgenza situazioni quali quelle descritte, in modo che l'Ordine possa assumere idonee iniziative a salvaguardia dell'autonomia professionale, anche segnalando, se del caso, tali indebite pressioni sia all'Ordine degli Avvocati, che alla Procura della Repubblica.

Un saluto cordiale,

CARLO RUGIU
IL PRESIDENTE

Verbali del Consiglio e delle Commissioni

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 27 LUGLIO 2021

Consiglieri presenti: C. Rugiu, A. Tomezzoli, L. Cordioli, C. Pastori, F. Orcalli, G. Accordini, E. Boscagin, U. Luciano, F. Bertaso, F. Gobbi, L. Formentini, R. Maffioli, M. Barbeta, D. Gobbi, P. Cirillo, S. Bellamoli.

Assenti: F. Facincani, A. Guglielmi, V. Braga, A. Elio, A. Musso.

1) Lettura e approvazione del verbale della seduta precedente del 22 Giugno 2021:

Verbale approvato all'unanimità.

2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

a) Il presidente comunica che il Dott. Orcalli chiede di poter inserire nella Commissione Ospedale Territorio il Dott. Giulio Bongiovanni dell'ospedale di Peschiera. La richiesta viene approvata all'unanimità.

b) Il volume cartaceo di Verona Medica è andato in stampa grazie alla revisione degli articoli da inserire da parte dello stesso presidente e dell'addetta stampa Laura Perina. Grazie alla collaborazione di Rosanna Maffioli sarà a breve pronto per la spedizione con un abbonamento postale che prevede un ulteriore invio entro l'anno. Il Presidente suggerisce l'invio di un numero a Natale ai colleghi pensionati. Il presidente precisa inoltre che nelle ultime due pagine del volume è stato inserito un breve comunicato relativo al premio Verona Network recentemente ritirato e le immagini re-

lative al momento del ritiro. Nelle prime pagine è stato anche inserito un invito a tutti gli iscritti che ne fossero privi di dotarsi di un indirizzo PEC di posta elettronica onde non cadere in sanzioni da parte dell'Ordine.

c) Il presidente introduce la vicenda che riguarda il Past President Dott. Roberto Mora e lascia la parola all'Avvocato Gobbi di cui allego Relazione:

"Il dottor Roberto Mora era stato nominato con DPCM 27.12.2016, su designazione della FNOMCEO, quale membro supplente della Commissione Centrale per gli Esercenti le professioni Sanitarie (CCEPS), per il quadriennio 2016/2020 (per l'esame degli affari concernenti la professione di medico chirurgo). Con il medesimo DPCM erano stati designati, quale Presidente effettivo della Commissione, il dottor Roberto Pasca (Consigliere di Stato e Presidente del Tar Puglia – sezione di Lecce). Erano stati nominati altresì altri membri, di designazione FNOMCEO o del Consiglio Superiore di Sanità, alcuni dei quali facevano parte della Commissione Centrale anche nel precedente quadriennio (2011/2016). Con decisione n. 7 del 10.3.2014 la Commissione Centrale aveva respinto il ricorso proposto da tale prof. Mauro Minelli avverso il provvedimento di sospensione di un mese, irrogatogli il 6.5.2013 dall'Ordine dei medici di Lecce, per pubblicità informativa ingannevole, derivante dall'utilizzo da parte del Minelli di un titolo accademico che questi non avrebbe asseritamente potuto usare. Ancora nel 2014 il dottor Minelli aveva denunciato penalmente il presidente dell'Ordine dei medici di Lecce, ipotizzando a suo carico vari reati, quali abuso d'ufficio, diffamazione, stalking e violenza privata, il tutto in relazione al provvedimento di sospensione che egli contestava, e il Presidente di Lecce sarebbe stato o sarebbe attualmente sottoposto a procedimento penale. Contro la decisione della Commissione Centrale, che respingendo il ricorso confermava il provvedimento di sospensione irrogato, il dottor Minelli ha proposto ricorso per cassazione, svolgendo motivi formali e di merito. La Corte, con ordinanza n. 15848 del 26.6.2017, accoglieva il ricorso del Minelli (dichiarando assor-

biti, cioè prescindendo dal loro esame, i motivi di merito) per il motivo relativo alla costituzione della Commissione, della quale facevano parte anche funzionari del ministero della Salute, in base a norma del DLCP n. 233/1946 sulla quale era già intervenuta, annullandola, la Corte Costituzionale (con sentenze n. 193/2014 e n. 215/2016) La Corte di cassazione, rilevando il vizio di costituzione del Giudice, cassava dunque la decisione della Commissione centrale, con rinvio alla Commissione stessa, che avrebbe dovuto esaminare l'impugnazione del Minelli in diversa composizione. Si è così giunti – dato che il Minelli aveva riassunto il giudizio di impugnazione avanti alla Commissione Centrale – a nuova decisione della stessa, n. 56 del 4 ottobre 2018, assunta da un collegio del quale faceva parte anche il dottor Roberto Mora, ma del quale facevano parte anche altri due giudici, che già avevano fatto parte del collegio che aveva emesso la prima decisione del marzo 2014 (dottori Vito Gaudiano e Cosimo Nume). Anche con la seconda decisione (il Presidente dottor Roberto Pasca era anche relatore del procedimento) la Commissione Centrale si limitava a dare atto che ai rilievi della composizione della Commissione fatti dalla Corte di Cassazione si era provveduto a dare diversa composizione alla Commissione, anche per le due sentenze della Corte Costituzionale del 2014 e del 2016, e dunque avrà fatto la sua relazione (ciò non emerge dal testo della decisione) proponendo comunque che il ricorso del dottor Minelli fosse respinto, con conseguente conferma del provvedimento sospensivo irrogatogli dall'Ordine di Lecce ancora nel 2013 (immagino che nel frattempo il Minelli abbia scontato la sospensione, visto che il ricorso per cassazione non ha effetto sospensivo). La decisione della Commissione Centrale dell'ottobre 2018, cui ha preso parte – per la prima volta – il dottor Mora – ricalca pressoché letteralmente quella precedente del marzo 2014, in particolare utilizzando i medesimi argomenti a proposito della carta professionale utilizzata dal Minelli, e sui titoli che questi avrebbe illegittimamente usato, e anche ciò

rileva per quanto dirò poi. Qui basti dire che, anche contro la decisione del 2018 il dottor Minelli ha proposto ricorso per cassazione, e che la Corte, con sentenza n. 28392 del 14.12.2020, ha annullato anche la seconda decisione della Commissione Centrale (anche stavolta con assorbimento dei motivi di "merito") sempre per vizio di costituzione del Giudice, dato che i consiglieri Gaudiano e Nume avevano fatto parte anche del collegio che si era espresso nel 2014, in violazione del principio di alterità del Giudice, mentre il collegio, a seguito del primo annullamento della Cassazione, avrebbe dovuto essere composto da membri del tutto diversi (il che era possibile, essendovi membri supplenti in numero corrispondente a quello dei membri effettivi. Nel 2019, e visto il contenuto pressoché identico – e delle motivazioni – delle due decisioni della Commissione Centrale, il dottor Minelli ha denunciato penalmente tutti i componenti della Commissione Centrale, quelli che ne facevano parte nel 2014 e quelli che ne facevano parte nel 2018, tra cui il malcapitato dottor Roberto Mora, ipotizzando a loro carico il delitto di cui all'art. 479 c.p., e cioè falso ideologico commesso da pubblico ufficiale in atto pubblico. Il dottor Mora aveva ricevuto avviso di garanzia dalla Procura della Repubblica di Roma e ha nominato proprio difensore – su mia indicazione – l'avvocato Mario De marzi di Verona. Da qualche giorno il dottor Mora è stato notiziato del fatto che il PM non ritiene sussistente alcun reato a carico degli indagati, e che ha formulato istanza di archiviazione al GIP, archiviazione cui il dottor Minelli si oppone, chiedendo che siano approfondite le indagini, e che il prossimo 12 ottobre si terrà apposita udienza davanti al GIP del tribunale di Roma. A quell'udienza il GIP potrebbe restituire gli atti al PM, per l'approfondimento delle indagini, oppure potrebbe accogliere l'istanza di archiviazione, contro cui il dottor Minelli potrebbe proporre reclamo al Tribunale, ma solo per motivi "formali" derivanti da nullità procedurali, e tutto finirebbe lì. Il grave reato ipotizzato dal dottor Minelli a carico degli indagati risulterebbe dal contenuto identico – e

secondo il Minelli falso quanto ai presupposti di fatto – delle due decisioni della Commissione Centrale, che avrebbe basato il suo convincimento, nel confermare il provvedimento di sospensione, su documenti dai quali non risulta che egli abbia speso un titolo accademico che non avrebbe potuto utilizzare. Secondo la difesa di Minelli tale contenuto "falso" delle decisioni – credo in particolare della seconda – farebbe ipotizzare il favoreggiamento personale dei Commissari nei confronti del Presidente dell'Ordine di Lecce, e comunque un grave abuso d'ufficio, il che dovrebbe essere da dimostrare con ulteriori indagini (compresa l'acquisizione di verbali, che non ci sono, o di tabulati telefonici dei Commissari relativi a telefonate intercorse nell'imminenza delle due riunioni) che il PM non ha alcuna intenzione di compiere (parlando poi di Roberto Mora, che ha partecipato solo alla seconda riunione, e non conosce nessuno di Lecce, è evidente che l'ipotesi accusatoria è destituita di fondamento). Resta la stranezza della coincidenza quasi letterale delle due decisioni e delle motivazioni (i documenti prodotti con la denuncia non indicherebbero neppure il titolo accademico illegittimamente utilizzato da Minelli) il che è però spiegabile, a mio parere, con una possibile "sciatteria" del relatore (che comunque è magistrato amministrativo e consigliere di Stato (sinistrante presiede anche attualmente il TAR di Lecce...ma può essere una coincidenza) a differenza degli altri commissari, in prevalenza medici, e con la considerazione per cui, avendo la Cassazione a suo tempo cassato la prima decisione per un motivo meramente formale (la costituzione del Giudice) il merito della decisione stessa poteva "tenere" e avrebbe potuto essere riproposto nella seconda decisione. La gravità del reato ipotizzato – a parte il rilievo della forte probabilità che il GIP accolga l'istanza di archiviazione del PM – rendono necessario che Mora sia difeso al meglio, con memoria scritta da depositarsi cinque giorni prima del prossimo 12 ottobre. I costi della sua difesa tecnica possono dunque ipotizzarsi in qualche migliaio di euro, e non in cifre stellari. Ho sen-

tito telefonicamente ieri una funzionaria della FNOMCeO secondo la quale la FNOMCeO, designando i membri della CCEPS di sua competenza provvede anche a stipulare una copertura assicurativa a loro favore, per la loro attività all'interno della CCEPS, ma devo ancora avere una risposta, che secondo la funzionaria dovrebbe essere positiva, salvo approfondimenti che dovrebbero essere fatti oggi."

In base alla completa relazione dell'avvocato si decide di aspettare risposta da parte della FNOMCeO e l'argomento verrà affrontato nuovamente al consiglio di settembre.

d) Il Presidente riferisce del comunicato stampa redatto da tutti gli Ordini delle Professioni Sanitarie della Regione Veneto in risposta alla comunicazione di Zaia sul personale no vax.

IL COMUNICATO È IL SEGUENTE:

Gli Ordini delle Professioni Sanitarie del Veneto firmatarie, in modo unanime ribadiscono il loro pieno appoggio in merito all'obbligo vaccinale per tutti i sanitari, sancito dal DL 44/2021, convertito nella L. 76/2021 recentemente richiamato dal Presidente del Consiglio Mario Draghi. Esprimono preoccupazione e dissenso in merito alle dichiarazioni della Regione Veneto sul "congelamento" delle sospensioni dei sanitari per motivi organizzativi che non hanno adempiuto a quanto previsto dalla norma. Ricordano come la normativa in essere avrebbe dovuto portare ai primi provvedimenti sospensivi già dalla metà del mese di maggio e che il tempo intercorso doveva essere dedicato a programmare la riorganizzazione del sistema, visto anche il periodo estivo. Ringraziano l'assoluta maggioranza dei loro colleghi che con senso di responsabilità hanno ottemperato alla legge e si sono vaccinati rispettando il mandato di tutela del paziente a loro affidato. Chiedono alla Regione Veneto una immediata inversione di rotta, senza cedimenti a ricatti o pressioni posti in essere da una piccola minoranza di soggetti, e l'applicazione della sospensione dal servizio in presenza o lo spostamento dal contatto diretto con soggetti fragili, come previsto dalla normativa nazionale. Gli Ordini delle Professioni Sanitarie del Veneto, nella loro funzione di tutela

della salute dei cittadini, chiedono infine che vengano comunicati con sollecitudine ai rispettivi Ordini i nominativi degli iscritti che hanno rifiutato la prevista vaccinazione, e sono quindi privi dei requisiti per esercitare la professione in situazioni che possano essere causa di contagio. Appare evidente che i cittadini hanno il diritto di esser messi a conoscenza se nelle strutture o negli studi professionali cui si rivolgono per esser curati possono invece correre il rischio di esser contagiati e di ammalarsi. La funzione primaria degli Ordini è la verifica del possesso degli adeguati requisiti all'esercizio della professione dei loro iscritti, a tutela dei cittadini e della salute pubblica.

26/07/2021

F.to

Gli Ordini delle Professioni Sanitarie del Veneto:

Medici Chirurghi e Odontoiatri

Belluno - Rovigo - Treviso -

Venezia - Verona - Vicenza

Infermieri ed Infermieri Pediatrici

Farmacisti, Biologi, Veterinari, Psicologi,

Ostetriche, Chimici e Fisici Sanitari,

Tecnici Sanitari di Radiologia Medica

e Professioni Sanitarie Tecniche, della

Riabilitazione e della Prevenzione

L'ordine dei medici di Padova non ha firmato perché preferiva un comunicato a firma solo da parte degli Ordini dei Medici. Dopo una breve discussione si decide a tal proposito di scrivere all'Ordine di Venezia (capoluogo di regione) chiedendo la convocazione della Federazione Regionale degli Ordini per rivedere lo statuto e formare un nuovo gruppo di lavoro dopo le ultime elezioni.

3) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI - CHIRURGI

Prima iscrizione:

Dott.ssa BARBARA Silvia Jasmine

Dott.ssa DETONI Margherita

Dott. LODI Federico

Dott.ssa PASCOLI Gaia

Dott. TORNIERI Francesco

Dott. VECCHIETTI Andrea

Prima iscrizione art. 102 del

D.L. n.18 del 17/03/2020:

Dott.ssa AMADORI Beatrice

Dott. APPOLONI Matteo

Dott.ssa ARMANI Ilaria

Dott. ANDREETTO Lorenzo

Dott.ssa BADALINI Irene

Dott. BALDAN Roberto

Dott.ssa BELLINI Giulia

Dott.ssa BENAMATI Sofia

Dott. BERTINI Alessandro

Dott. BIONDANI Tommaso

Dott.ssa BONORA Caterina

Dott.ssa BURSI Marialucia

Dott. CALDANA Filippo

Dott.ssa CARTURAN Chiara

Dott. CHIAFFONI Giovanni Luigi

Dott. CIUFFA Carlo

Dott.ssa COMPARIN Francesca

Dott.ssa CONTRI Valentina

Dott. CORDIOLI Nicolò

Dott. CORDONI Gabriele

Dott. DALLA VALLE Zeno

Dott. DONISI Luca

Dott.ssa DOSSI Giuditta

Dott. ELIFANI Matteo

Dott.ssa ELLENA Ginevra

Dott.ssa FACCHETTI Emma

Dott.ssa FATTORI Linda

Dott. GASPARI Sebastiano

Dott.ssa GIOBELLI Sofia

Dott.ssa GIRONDA Giada

Dott.ssa GOTTARDI Carolina

Dott.ssa JANCE Sara

Dott.ssa KOMOROWSKI Valentina

Dott. LEONARDI Denis

Dott. MAGAGNOTTO Nicola

Dott.ssa MAGISTRI Martina

Dott.ssa MARAFIOTI PATUZZO Giulia

Dott. MARAN Federico

Dott.ssa MARASTONI Elena

Dott. MARCOLI Michele

Dott.ssa MASOTTO Elisabetta

Dott. MASTOURI Sami

Dott. MOLON Luca

Dott. MOROSATO Michele

Dott.ssa MURARI Alice

Dott.ssa MUSUMANO Lucia Belen

Dott. PADOVANI Giacomo

Dott. POLUZZI Michele

Dott. RODELLA Tommaso

Dott.ssa RONCA Sara

Dott.ssa SECHI Micol

Dott.ssa SGREVA Sara

Dott.ssa SOGLIA Antonella

Dott.ssa SORIO Elena

Dott. SPANGARO Andrea

Dott.ssa STEGAGNINI Marta

Dott. SUBOTIC Pavle

Dott. TOSI Filippo

Dott. TRINCO Andrea

Dott.ssa TURAZZINI Anna

Dott.ssa VILLA Alice

Dott.ssa ZANETTI Elisa

Dott.ssa ZANOVELLO Claudia

Dott.ssa ZULIANI Francesca

Reiscrizioni

Dott.ssa MONTI Elena

Iscrizioni per trasferimento

da altro Ordine:

Dott.ssa BOSCO Federica da Bolzano

Dott.ssa PALMERIO Antonella

da Mantova

Cancellazioni per trasferimento:

Dott.ssa LOVATO Luisa a Trento

Dott.ssa MILAZZO Teresa

a Pesaro e Urbino

Dott.ssa KUZINA Anna a Bolzano

Cancellazione su richiesta:

Dott. MAINENTI Maurizio

ODONTOIATRI

Cancellazione su richiesta:

Dott. ORLANDI Marco Maria

Iscrizioni per trasferimento

da altro Ordine:

Dott.ssa PASINI Francesca da Brescia

Dott. VANTINI Rolando da Brescia

4) VARIE ED EVENTUALI

a) Il Dott. Cirillo comunica di voler riprendere come Commissione Giovani Medici gli incontri con i nuovi iscritti via webinar. Visto il grande numero dei nuovi iscritti probabilmente gli incontri dovranno essere fatti in più edizioni.

b) Il Dott. Cordioli introduce il discorso sulla festa per la "giornata del medico" e il Presidente prende la parola spiegando che i componenti del direttivo si stanno informando sulla possibile sede per la festa. In considerazione però del grande numero dei nuovi iscritti che dovrebbero partecipare, del crescere dei nuovi contagi di covid19 (nello specifico quando abbiamo iniziato a parlare dell'organizzazione della festa del medico l'indice di positività era circa 0,26 ora è 2,23), alle norme anti covid e alla necessità di avere il green pass per partecipare ci si riserverà di osservare la situazione e decidere dopo l'estate se andare avanti con l'organizzazione o meno.

A tal proposito il Dott. Gobbi precisa che è veramente difficile fare delle

previsioni sull'andamento dei contagi, per cui anche secondo lui la soluzione migliore è attendere.

- c) Il Dott. Accordini propone di inserire nell'ordine del giorno del prossimo consiglio l'argomento riguardante la mora per chi non è in regola con il pagamento della quota di iscrizione.

Prima di procedere alla discussione delle relazioni istruttorie, lasciano la sala i consiglieri odontoiatri, i revisori dei conti.

n.1 apertura procedimento disciplinare.

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 14 SETTEMBRE 2021

Consiglieri presenti: C. Rugiu, C. Pastori, L. Cordioli, G. Accordini, S. Bellamoli, F. Bertaso, E. Boscagin, F. Facincani, L. Formentini, V. Braga, A. Guglielmi, F. Gobbi, U. Luciano, A. Musso, M. Barbetta, D. Gobbi
Assenti: P. Cirillo, E. Amedeo, G. Carrara, F. Orcalli A. Tomezzoli.

1) Lettura e approvazione del verbale della seduta precedente del 27 luglio 2021:

Verbale approvato all'unanimità.

2) DELIBERE AMMINISTRATIVE N. 5-6-7

Il tesoriere pone al consiglio le voci di capitolo più evidenti e segnala:

- delibera n. 5: € 9.000.00 circa per la polizza infortuni dei consiglieri e € 1.000.00 per quella del medico legale; € 33.000.00 per il saldo delle quote iscritti alla FNOMCeO 2020 e € 61.000.00 per la prima rata di acconto 2021.
- delibera n. 6: € 87.000.00 per la rata del mutuo primo semestre
- delibera n. 7: € 60.000.00 seconda rata 2021 delle quote iscritti FNOMCeO.

Il consiglio approva.

a) affidamento assicurazioni in scadenza

il tesoriere continua dicendo che sono in scadenza le assicurazioni per la responsabilità civile con rispettiva tutela

legale e per il fabbricato. L'avviso di affidamento è stato inviato a n. 10 compagnie assicurative, è pervenuta solo una proposta che si è rivelata molto più vantaggiosa della precedente.

Il consiglio approva all'unanimità.

3) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

a) Dopo che nella seduta del consiglio precedente era stato dato mandato al Presidente di chiedere la costituzione della Federazione Regionale per gli Ordini del Veneto, egli ha provveduto ad inoltrare una lettera con tale richiesta e ad oggi non è pervenuta alcuna risposta.

b) il presidente comunica che il dott. Bonadonna presidente del Comitato di Bioetica ha proposto all'approvazione del consiglio il nominativo con C.V. della dott.ssa Elena Rigotti pediatra con corsi di perfezionamento cure palliative, la quale subentrerebbe alle dimissioni del dott. Marco Zaffanello.

Il consiglio approva.

c) prosegue dicendo che il dott. Bravi dell'azienda Ospedaliera ha chiesto un nominativo di un Medico di Medicina Generale che faccia parte del Consiglio dei Sanitari AOUI Verona, il consiglio propone all'unanimità la dott.ssa Caterina Pastori.

d) il presidente fa presente al Consiglio che lo scorso anno a causa della pandemia non si è potuto tenere il consueto incontro con i rappresentanti delle organizzazioni sindacali e propone la sua riprogrammazione per il 26 ottobre 2021 alle ore 20.30, invitando tutti i consiglieri a parteciparvi.

e) per quanto riguarda la Giornata Del Medico, il presidente propone, come già discusso in Direttivo, di non celebrarla nemmeno quest'anno. La dott.ssa Boscagin è d'accordo con il presidente e il consiglio approva unanime.

f) Il presidente informa il Consiglio che stanno giungendo dalle Aziende ULSS i provvedimenti di sospensione per l'accertamento dell'invalidità all'obbligo vaccinale per la prevenzione dall'infezione COVID ai sensi dell'art.4 comma 6 D.L. 44/2021 convertito in legge n.76/2021, e avvisa di aver provveduto alla sospensione con determi-

na presidenziale d'urgenza. Specifica, inoltre, che la sospensione non è disciplinare, ma riguarda l'esercizio della professione e che deve essere annotata sul relativo Albo.

4) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI - CHIRURGI

Prima iscrizione:

Dott.ssa PANICOLA Antonella

Prima iscrizione art. 102 del D.L. n.18 del 17/03/2020:

Dott.ssa BENETTI Gloria

Dott. RICCHIARI Marco

REISCRIZIONI

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. BELLUCCI Roberto da Brescia

Dott. CUBICH Mattia da Bolzano

Dott. HEIDARI Ghadikolaei Jamshid

da Perugia

Cancellazioni per trasferimento:

Dott. VANDIN Patrizio

Cancellazioni per decesso:

Dott. ARESTA Alex a Savona

Dott. LISTA Enrico a Trento

Dott. MARTINI Giorgio a Trento

Dott. MODENA Martino a Vicenza

Dott. PEZZATO Andrea a Vicenza

Dott. VENTO Paolo a Vicenza

Cancellazione su richiesta:

Dott. ECKSTEIN Harald Rudolf

Dott. LONARDI Federico

Dott.ssa PASQUALETTO Cristiana

Cancellazioni per decesso

Prot. BERTONI Luigi

Prof. MUGEO Michele

Dott. PRIANTE Fabio

Dott. STELLA Piero

Cancellazioni su richiesta dal Registro delle M.C.

Dott.ssa ANDREOLI Beatrice

Omeopatia

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

ODONTOIATRI

Iscrizioni S.T.P.:

Studio Medico Dott. BUONOCORE

Vittorio STP

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. CORI Francesco da Bolzano
Dott.ssa MONTA GONZALEZ Saskia da Padova
Dott.ssa ZAMBITO Valentina da Trapani

Cancellazioni su richiesta:

Dott.ssa FILIPPINI Bianca

Approvate dal consiglio

5) RATIFICA DELIBERE PRESIDENZIALI

Il presidente chiede al consiglio la ratifica delle determinate presidenziali d'urgenza come descritto al punto f. atti di sospensione art. 4 legge 44 e revoche sospensioni. Il consiglio ratifica.

Prima di procedere alla discussione delle relazioni istruttorie, lasciano la sala i consiglieri odontoiatri e revisori dei conti.

6) RELAZIONI ISTRUTTORIE

- n. 1 invio documentazione all'OMCeO di Catania
- n. 1 celebrazione procedimento in data 12/10/2021
- n. 1 non dar luogo a procedere
- n. 2 archiviazioni
- n. 1 apertura procedimento disciplinare relatore dott. Lucio Cordioli

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 12 OTTOBRE 2021

Consiglieri presenti: C. Ruggi, A. Tomezzoli, L. Cordioli, C. Pastori, F. Orcalli, G. Accordini, E. Boscagin, U. Luciano, F. Bertaso, F. Gobbi, L. Formentini, R. Maffioli, M. Barbetta, D. Gobbi, P. Cirillo, S. Bellamoli, A. Guglielmi, A. Elio, A. Musso.
Assenti: F. Facincani, V. Braga.

1) Lettura e approvazione del verbale della seduta precedente del 14/09/2021

Verbale approvato all'unanimità

2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

- a) Il 25 Settembre u.s. l'Ordine è stato

invitato alla cerimonia di intitolazione dell'aula C del Polo Didattico dell'Università di Verona al Prof. Luciano Vettore. Il Presidente ringrazia per la partecipazione i consiglieri presenti all'evento.

- b) Il Presidente informa il Consiglio che nell'ultimo mese sono aumentate le mail ricevute dall'Ordine da parte di persone no-vax, alcune molto offensive nei modi e nei contenuti.
- c) Il 20 Novembre uscirà il primo numero della newsletter alla quale hanno già aderito 850 colleghi. Il Presidente invita i componenti del Consiglio che non l'avessero ancora fatto ad iscriversi.
- d) Al fine di rispettare l'impegno contrattuale preso con le Poste in seguito alla spedizione del numero straordinario di Verona Medica, il Presidente propone di inviare il numero di dicembre in formato cartaceo cartaceo ai componenti della FERSPEV. Il Consiglio approva all'unanimità.
Verrà richiesto preventivo.
- e) Il Presidente comunica al Consiglio di aver invitato il Prof. De Leo alla riunione del 16 novembre, per presentare un eventuale accordo quadro per la collaborazione scientifica, formativa e culturale tra il Centro di Ricerca Interdipartimentale NEG-2MED "Centro di negoziazione e mediazione" dell'Università degli Studi di Verona e l'Omceovr
- f) Con soddisfazione il Presidente annuncia che il giorno 22 Ottobre 2021 presso la sede di Verona si svolgerà l'incontro della CAO Nazionale

4) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI - CHIRURGI

Prima iscrizione art. 102 del D.L. n.18 del 17/03/2020:

Dott.ssa CERIANI Elena
Dott. CORTINA Michele
Dott.ssa DE SOUSA REBELO Rita
Dott.ssa DI GABRIELE Marta
Dott.ssa PONZONI Chiara
Dott.ssa TURATO Alessandra
Dott. ZANOTTO Andrea

Iscrizioni per trasferimento

da altro Ordine:

Dott. MACALUSO Salvatore da Bolzano
Dott. ROSSI Roberto da Napoli

Dott. SARRAF Reza da Bolzano
Dott.ssa SAVOLDI Alessia da Trento
Dott. SOLONI Pietro da Padova

Cancellazioni per trasferimento:

Dott. BELLUZZO Alessandro a Como
Dott. CAPASSO Mario a Ancona
Dott. DAMBRUOSO Francesca a Mantova
Dott. MERZARI Mario a Vicenza
Dott. PRETO Riccardo a Brescia
Dott.ssa SALADINI Eleonora a Bolzano

Cancellazione su richiesta:

Dott. GASPARI Silvio

ODONTOIATRI

Prima iscrizione:

Dott. MOORE Jasmin

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. FRUSTACI Andrea da Pordenone
Dott. MACALUSO Salvatore da Bolzano

Approvate all'unanimità

4) VARIE ED EVENTUALI

- a) La Dott.ssa Pastori propone l'inserimento del nuovo Presidente del corso di Laurea Prof. Chiamulera nella Commissione Ordine/Università. La richiesta viene approvata all'unanimità.
- b) Il Dott. Accordini sottolinea ancora come sia un compito oneroso per la segreteria inoltrare i solleciti per il recupero delle quote non pagate (attualmente sono 700 i colleghi che non hanno ancora pagato la quota) e propone di inserire una mora per chi non è in regola.

Segue la discussione del Consiglio sulle condizioni di applicazione della mora, con la conclusione di attendere dal Dott. Accordini dice l'invio di un piano esecutivo scritto, da portare ad approvazione al prossimo Consiglio

- c) Il Dott. Cordioli comunica che sono riprese le sedute di Laurea, per la laurea abilitante, degli Studenti in Medicina e Chirurgia, alle quali i componenti del Direttivo partecipano a turno, come rappresentanti dell'Omceovr.

5) RATIFICA DELIBERE PRESIDENZIALI

Sospensioni e revoche art. 4 L.44

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 14 SETTEMBRE 2021

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

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

Comunicazioni del Presidente:

1. Il Presidente riferisce ai presenti che il giorno 2 ottobre si terrà a Reggio Emilia un convegno avente per tema i procedimenti disciplinari. Saranno presenti il presidente stesso e il dott. Luciano.
2. Il Presidente informa del diniego a rispondere alle varie lettere su supporto pervenute nei confronti del collega dott. L.L. a seguito di sua sospensione per non ottemperanza dell'obbligo vaccinale ai sensi dell'art. 4 del D.L. n. 44/2021.
3. Progetto avvio alla professione: il presidente informa che la Federazione Nazionale ha inoltrato le diapositive aggiornate per l'avvio dei corsi. Il prossimo 23 settembre si terrà un incontro con il prof. Albanese e due componenti CAO, dott. Bovolin e dott. Luciano che poi riferiranno gli esiti a tutta la CAO.
4. Il Presidente da lettura di una circolare pervenuta dalla Regione Piemonte in merito all'obbligo vaccinale per i sanitari.
5. Il Presidente ripercorre il caso riferito al progetto "DH Srl" presente in diverse città italiane che si occupa di cure odontoiatriche al domicilio del paziente. La Federazione Nazionale dei ordini rileva alcune

criticità del progetto stesso riferite soprattutto a prestazioni sanitarie erogate in ambienti non autorizzati. La CAO viene esortata a vigilare, in attesa di norme certe, per verificare eventuali aperture di strutture sul nostro territorio.

6. Il Presidente da lettura di lettera inviata dalla Federazione Regionale CAO della Regione Calabria che solleva il problema del comportamento di alcuni colleghi sottoposti a procedimenti disciplinari i quali reagiscono in modo assolutamente inadeguato e inappropriato. Viene chiesto alla CAO Nazionale di intervenire nei confronti di questi colleghi dettando una linea di indirizzo e coordinamento per poter fronteggiare questi comportamenti.

A seguire viene discusso un caso di relazione istruttoria. Alle ore 18,52 viene dichiarata chiusa la seduta.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 19 OTTOBRE 2021

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

Alle ore 18.45 inizia la CAO

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

Comunicazioni del presidente

1. Incontro Omceo di Treviso riguardante le responsabilità penali delle decisioni giuridiche e amministrative degli Ordini dei Medici.
2. Richiesta del dr. CC riguardante eventuali informazioni per lo svolgimento di tirocinio ASO presso il proprio studio.
3. Richiesta riguardante il green pass da parte del dr. A. Mirandola
4. Richiesta del dr. GG riguardante delle problematiche avute con un paziente e con il medico curante dello stesso dr.ssa OO.

A seguire viene dibattuto un caso di istruttoria. La CAO termina alle ore 19.45.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 16 NOVEMBRE 2021

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

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

Comunicazioni del presidente:

- Progetto Avvio alla Professione: il Presidente aggiorna i presenti sugli sviluppi del progetto "avvio alla professione" avvio alla professione, organizzato dalla CAO Nazionale. È stata calendarizzata una riunione informativa per il giorno 24 novembre prossimo.
- Il Presidente informa i presenti di aver ricevuto una segnalazione da parte del Collega Dr. GG, il quale lamenta un comportamento, a suo dire, non corretto da parte del medico curante, dott.ssa OO, verso un suo paziente. Essendo il Medico curante iscritto all'Albo medici è stato convocato per informazioni da parte del Vicepresidente dr. Lucio Cordioli. Degli esiti di tale colloquio il dr. Cordioli riferirà a questa CAO.
- Caso IMPRESS: il Presidente espone il caso: il è stata segnalata una struttura sita in Corso Porta Nuova ove non compare alcuna targa né i nominativi dei sanitari operanti. A tale indirizzo è presente una autorizzazione all'esercizio riferita al dr. PP. Il dr. Bovolin, incaricato dal Presidente ad effettuare un colloquio telefonico col Collega dr. Pi, riferisce che il Collega ha dato in affitto per 6 mesi un locale attrezzato di riunito ma con entrata indipendente. Essendovi la necessità di fare ulteriore chiarezza viene deliberato di invitare il dr. P per ulteriori informazioni.
- Vengono poi presi in esame tre casi in istruttoria per i quali si deciderà in futuro quali saranno gli sviluppi dopo ulteriori indagini

Alle ore 19.45 viene dichiarata chiusa la seduta.

TEST SALIVARI: alcune delucidazioni

Aggiornamento delle indicazioni sull'impiego dei test salivari per il rilevamento dell'infezione da SARS-CoV-2, con particolare riferimento al monitoraggio della circolazione virale in ambito scolastico.

Si fa seguito alle indicazioni pubblicate dal Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC) ¹ e alle Circolari n. 21675 del 14 maggio 2021 *"Uso dei test molecolare e antigenico su saliva ad uso professionale per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2"* e n. 36254 dell'11 agosto 2021 *"Aggiornamento sulle misure di quarantena e di isolamento raccomandate alla luce della circolazione delle nuove varianti SARS-CoV-2 in Italia ed in particolare della diffusione della variante Delta (lineaggio B.1.617.2)"*.

Infatti, anche alla luce delle raccomandazioni indirizzate alle scuole contenute nel Rapporto *"Indicazioni strategiche ad interim per la prevenzione e il controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 in ambito scolastico (a.s. 2021-2022)"* elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione,

INAIL, Fondazione Bruno Kessler, in collaborazione con il Commissario Straordinario per l'Emergenza Covid-19, e della messa a punto del *"Piano di monitoraggio della circolazione di SARS-CoV-2"*, destinato alla scuola primaria e secondaria di primo grado, al fine di sorvegliare, attraverso una "rete di scuole sentinella", la diffusione del virus in ambito scolastico anche in soggetti asintomatici ², si è reso necessario un aggiornamento delle indicazioni fornite in merito all'impiego dei test salivari per il rilevamento dell'infezione da SARS-CoV-2, con particolare riferimento al monitoraggio della circolazione virale in ambito scolastico.

Recenti evidenze scientifiche sui test salivari molecolari hanno individuato valori di sensibilità compresi tra il 77% e il 93% ^{3,4}, inoltre, alcuni studi condotti in ambito scolastico hanno riportato una elevata concordanza tra i risultati ottenuti con test molecolare salivare e con test molecolare su campione nasofaringeo e orofaringeo ⁵.

Si ribadisce comunque che il **test molecolare su campione respira-**

torio nasofaringeo e orofaringeo resta, tuttora, il *gold standard* internazionale per la diagnosi di COVID-19 in termini di sensibilità e specificità.

L'impiego dei test salivari molecolari richiede un numero più elevato di passaggi che comportano tempistiche più lunghe per il processamento dei campioni. Pertanto, al fine di evitare il sovraccarico dei laboratori di microbiologia regionali, che in aggiunta alle attività ordinarie verranno impiegati nel monitoraggio della circolazione di SARS-CoV-2 in ambito scolastico, e di assicurare adeguate risorse per garantire l'efficacia e la sostenibilità di tale attività di sanità pubblica, nonché far conto su evidenze più robuste circa le caratteristiche dei test eseguiti su tali matrici, i **test molecolari su campione salivare**, almeno in una prima fase di avviamento, potranno essere considerati un'opzione alternativa ai tamponi oro/nasofaringei **esclusivamente:**

- in individui (sintomatici o asintomatici) fragili con scarsa capacità di collaborazione (ad esempio anziani in RSA, disabili, persone con disturbi dello spettro autistico),

- 1 European Centre for Disease Prevention and Control. Considerations for the use of saliva as sample material for COVID-19 testing. 3 May 2021. Stockholm: ECDC; 2021. Consultabile presso: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-usesaliva-sample-material-testing.pdf>
- 2 CS N°41/2021 - Covid-19: le indicazioni di prevenzione per la riapertura delle scuole e una rete di "scuole sentinella" per sorvegliare l'epidemia. Consultabile presso: https://www.iss.it/comunicati-stampa/-/asset_publisher/fjTKmjJgSgdK/content/id/5827669?_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCEfjTKmjJgSgdK_redirect=https%3A%2F%2Fwww.iss.it%2Fcomunicatistampa%3Fp_id%3Dcom_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCEfjTKmjJgSgdK%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCEfjTKmjJgSgdK_cur%3D0%26p_r_p_resetCur%3Dfalse%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCEfjTKmjJgSgdK_assetEntryId%3D5827669
- 3 Nicole Ngai Yung Tsang, Hau Chi So, Ka Yan Ng, Benjamin J Cowling, Gabriel M Leung, Dennis Kai Ming Ip, Diagnostic performance of different sampling approaches for SARS-CoV-2 RT-PCR testing: a systematic review and meta-analysis, The Lancet Infectious Diseases, Volume 21, Issue 9, 2021, Pages 1233-1245. Disponibile presso: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309921001468?via%3Dihub>
- 4 Kazem Khiabani, Mohammad Hosein Amirzade-Iranaq, Are saliva and deep throat sputum as reliable as common respiratory specimens for SARS-CoV-2 detection? A systematic review and meta-analysis, American Journal of Infection Control, Volume 49, Issue 9, 2021, Pages 1165-1176. Consultabile presso: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655321001401?via%3Dihub>
- 5 Oliver J, Tosif S, Lee LY, Costa AM, Bartel C, Last K, Clifford V, Daley A, Allard N, Orr C, Nind A, Alexander K, Meagher N, Sait M, Ballard SA, Williams E, Bond K, Williamson DA, Crawford NW, Gibney KB. Adding saliva testing to oropharyngeal and deep nasal swab testing increases PCR detection of SARS-CoV-2 in primary care and children. Med J Aust. 2021 Jul 20. doi: 10.5694/mja2.51188. Epub ahead of print. PMID: 34287935. Consultabile presso: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.5694/mja2.51188>.

oppure

- nell'ambito di attività di screening in bambini coinvolti nel Piano di Monitoraggio della circolazione di SARS-CoV-2 in ambito scolastico,
- per lo screening dei contatti di caso in bambini anche se la scuola non fa parte del Piano di Monitoraggio,
- in operatori sanitari e socio-sanitari nel contesto degli screening programmati in ambito lavorativo.

Si precisa che l'utilizzo dei kit per la PCR va condotto in coerenza con la normativa sui dispositivi medicodiagnostici in vitro, e che i soggetti preposti all'organizzazione di attività di screening devono garantire che tutte le fasi avvengano secondo le indicazioni previste dal fabbricante, in particolare riguardo la possibilità di utilizzo della matrice salivare. Si fa presente, inoltre, che le modalità di raccolta e la qualità della saliva possono condizionare notevolmente la sensibilità del test. Visto che la corretta raccolta del campione salivare rappresenta un

passaggio cruciale, si raccomanda pertanto l'attenta osservanza delle indicazioni fornite dai produttori del dispositivo di raccolta utilizzato.

In caso di positività del test salivare molecolare **non sarà necessario effettuare un test di conferma** su campione nasofaringeo/orofaringeo. I **test antigenici rapidi su saliva**, sulla base delle evidenze disponibili, **non sono al momento raccomandati** come alternativa ai tamponi oro/nasofaringei, in quanto non raggiungono i livelli minimi accettabili di sensibilità e specificità. Inoltre, i test antigenici su matrice salivare sono al momento esclusi dall'elenco comune europeo dei test antigenici rapidi validi per ottenere la Certificazione verde COVID-19⁶. Stanno emergendo alcune evidenze scientifiche riguardo il possibile impiego di test antigenici salivari basati su misurazione con strumenti di laboratorio^{7 6 9}, che tuttavia sono ancora in corso di valutazione per le applicazioni summenzionate. Impiego del test salivare molecolare nell'ambito del monitoraggio scolastico della circolazione di SARSCoV-2

Tenuto conto della facilità della raccolta del campione e dei vantaggi derivanti dalla minimizzazione dell'intervento di personale sanitario, la raccolta del campione salivare, nell'ambito del piano di monitoraggio scolastico della circolazione di SARS-CoV-2, potrà essere effettuata anche con modalità di **auto-prelievo a domicilio da parte dei genitori/tutori** (se previsto auto-prelievo dal fabbricante e in coerenza con la normativa sui dispositivi medici e le disposizioni regionali), seguendo un preventivo iter formativo per il conseguimento della necessaria confidenza con i dispositivi di raccolta.

Si ribadisce, inoltre, gli esiti dei test molecolari su campione salivare, compresi quelli eseguiti nel contesto di attività di screening, dovranno essere segnalati nel Sistema di **Sorveglianza COVID-19** (sia nel flusso di dati individuali, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, che in quello aggregato, coordinato dal Ministero della Salute).

IL DIRETTORE GENERALE
F.TO DOTT. GIOVANNI REZZA

9 Gili A, Paggi R, Russo C, Cenci E, Pietrella D, Graziani A, Stracci F, Mencacci A. Evaluation of Lumipulse® G SARS-CoV-2 antigen assay automated test for detecting SARS-CoV-2 nucleocapsid protein (NP) in nasopharyngeal swabs for community and population screening. Int J Infect Dis. 2021 Apr;105:391-396. doi: 10.1016/j.ijid.2021.02.098. Epub 2021 Feb 26. PMID: 33647511; PMCID: PMC7908845.

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)

Riusciremo a sconfiggere l'epatite C entro il 2030?

L'OMS, in un documento del 2016, ha declinato come obiettivo per il 2030 l'eliminazione dell'epatite C. Ma vediamo prima di cosa stiamo parlando...

L'esistenza dell'epatite C è stata ipotizzata negli anni '70, con il nome di epatite non-A non-B a seguito dell'identificazione di casi di epatite post-trasfusionale non attribuibili ai virus epatotropi da poco identificati, l'HAV (1973) e l'HBV (1965) (1 e 2). Dopo vent'anni l'esistenza di questo virus è stata confermata, attraverso un clonaggio molecolare e chiamato virus dell'epatite C (1987, Houghton Quim Lin Choo e Bradley) (3). Solo in seguito fu identificato come virus ad RNA, del genere hepacavirus ed appartenente alla famiglia dei Flaviviridae, del quale sono presenti sei genotipi con 90 sottotipi. Ai ricercatori coinvolti nella scoperta del virus HCV nel 2020 è stato assegnato il Nobel per la Medicina (fig. 1).

Il virus dell'epatite C determina nella gran parte dei casi una malattia asintomatica (epatite C acuta che si trasforma in cronica) di tipo progressivo e che si manifesta clinicamente quasi solo nelle fasi avanzate con le sue complicanze: la cirrosi o l'epatocarcinoma e per questo, ma non solo (vedi in seguito) è particolarmente temibile.

L'infezione acuta, preceduta da un'incubazione che varia tra 2 settimane e sei mesi, solitamente è inapparente mentre nei pochi casi sintomatici è indistinguibile da un'epatite virale causata dagli altri virus (A e B). Attualmente l'epatite acuta sintomatica da HCV è quasi scomparsa (dati SEIEVA 2020): in Veneto sono stati segnalati solo tre casi nel 2020 (19 in tutta l'Italia). Con il termine di "epatite di recente acquisizione" si indicano le situazioni di documentata

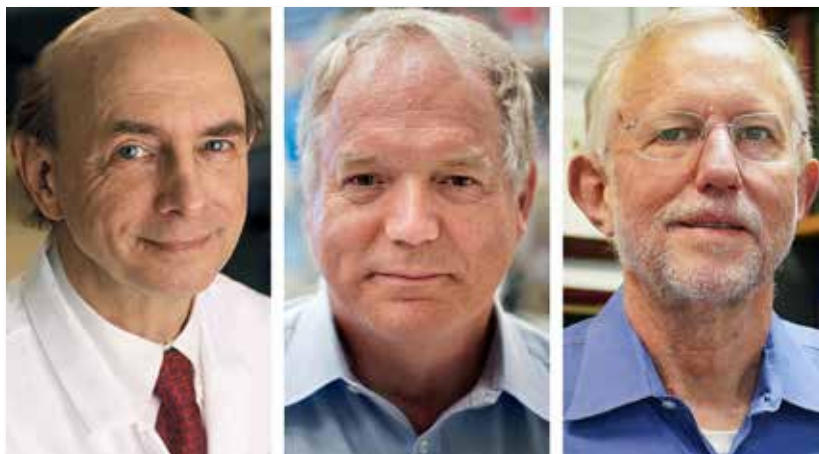


Fig. 1 Nobel per la Medicina 2020: Harvey J. Alter, Charles M. e Rice Michael Houghton.

positivizzazione recente o di pazienti positivi con comportamento a rischio recente. L'infezione acuta nel 30% dei casi è seguita dalla guarigione spontanea mentre nel restante 70% prosegue in una cronicizzazione. L'evoluzione dell'epatite cronica C è fortemente condizionata dalla presenza o meno di cofattori di danno epatico. Di conseguenza nel 15-30% dei casi e nell'arco di 10-20 anni può silenziosamente portare alla cirrosi epatica ed all'epatocarcinoma (fig. 2) (4).

Non vanno dimenticate le manifestazioni extraepatiche che vanno dalla crioglobulinemia fino al linfoma B NH passando per i disturbi neurocognitivi (fig. 3) nè va sottovalutato

che l'infezione nelle giovani donne può dimezzarne la fertilità o portare ad un aumentato rischio di aborto o parto pretermine.

La modalità di **trasmissione** di HCV è quella parenterale e approfondite indagini sierologico-epidemiologiche e storiche ci hanno consentito di identificare ondate successive di diffusione, ad iniziare dagli anni '60 del secolo scorso ed attribuite di volta in volta alle modalità prevalenti in un dato periodo: la via parenterale "sanitaria" degli anni '60 (le intramuscolari fatte al domicilio con strumenti poco o per nulla sterilizzati o l'utilizzo di strumenti non monouso nell'ambito ospedaliero), quella trasfusionale (dagli anni '70 e fino alla fine degli anni '80 - quando si è reso disponibile il test per HCV-Ab che ha portato ad escludere i donatori di sangue infetti), quella legata all'uso di droghe ev con scambio di siringhe negli anni '70 ed '80 (con la "compagnia" di HIV), quella causata dall'utilizzo di strumenti non sterili in pratiche sanitarie non ospedaliere, estetiche o assimilabili (cure odontoiatriche, tatuaggi, piercing) perdurata anche negli anni '90. Altre forme di trasmissi-

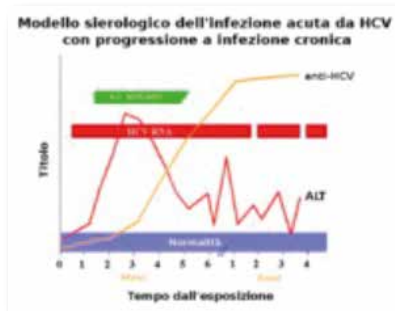


Fig. 2

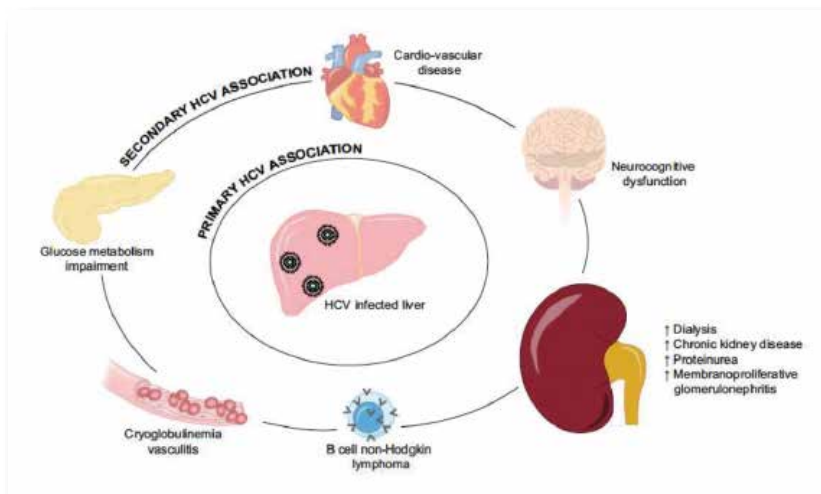


Fig. 3

sione sono quella sessuale e quella verticale da madre a figlio (fig. 4).

Questa ricostruzione ha portato ad identificare differenti coorti di pazienti affetti, in relazione alla modalità di trasmissione ed all'epoca nella quale queste erano prevalenti (i pazienti più anziani HCV positivi corrispondono alla modalità diffusiva parenterale degli anni '60, poi vengono quelli con infezione acquisita tramite la tossicodipendenza, infine i più giovani con la modalità correlata alle pratiche estetiche). Tutto questo fa stimare che nelle coorti di nascita successive al 1948 e fino al 1988 si trova la più alta prevalenza di infezione asintomatica. Se invece approfondiamo lo sguardo alla realtà contemporanea individuiamo nelle popolazioni di tossicodipendenti e carcerati dei serbatoi ancora attivi di infezione.

La **diagnosi di infezione da HCV** prevede prima un test sierologico (HCV-Ab), che dimostra se una persona è venuta a contatto o meno con

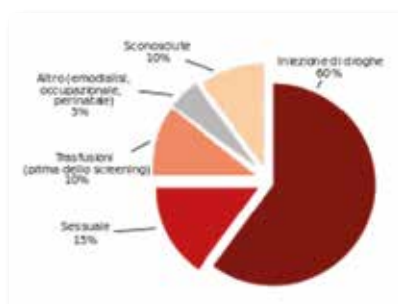


Fig. 4

il virus, seguito da un test di ricerca degli acidi nucleici di HCV (HCV-RNA, sia quantitativo che genotipico) indispensabile per confermare un'infezione attiva, dato che il 30-40% delle persone che sono venute a contatto con il virus lo perdono in maniera spontanea anche in tempi di molto successivi all'infezione acuta (HCV-Ab positivo ma HCV-RNA non rilevabile= infezione pregressa, non attiva e che non necessita di ulteriori indagini e/o terapia).

Attualmente sono disponibili anche test antigenici, più semplici dal punto di vista esecutivo, anche di tipo rapido, particolarmente utili in determinati contesti (screening di popolazioni a rischio quali quelle dei tossicodipendenti o dei carcerati) ma che non sono superiori a quelli molecolari come sensibilità e specificità.

Stabilita la presenza del virus si deve **quantificare il danno** e indagare se ci sono altri cofattori epatolesivi. Si valuteranno innanzitutto, oltre l'emocromo, indici di citolisi (AST/ALT), di colestasi (GGT, ALP), di funzionalità epatica (TP, albuminemia), bilirubina, LDH e l'alfa-FP. In seguito deve essere stabilito il grado di fibrosi epatica con la stadiazione (attraverso la biopsia epatica, ora riservata a casi particolari e sostituita da indagini non invasive, quali il fibroscan, l'elastografia (fig. 5) o da score diagnostici con biomarcatori quali l'APRI, il Fib-4 o l'Hepascore, meglio ancora se in combinazione): questo passo è

fondamentale oltre che per la precisazione del danno epatico anche per poter stabilire la necessità di ulteriori indagini (EGDS se c'è una cirrosi, al fine di verificare un'ipertensione portale tramite la presenza di varici esofagee) o il follow-up successivo, indicato nei quadri di cirrosi o fibrosi avanzata (F3) per il rischio dello sviluppo di un'epatocarcinoma.

Il terzo step prevede la ricerca di altre noxae epatiche (coinfezioni con i virus dell'epatite B o HIV, malattia autoimmune, malattie metaboliche, assunzione di alcol o di farmaci epatotossici) (fig. 6). L'ecografia rappresenta il principale strumento diagnostico indirizzato alla valutazione di dimensioni e morfologia del fegato e degli altri organi funzionalmente correlati, oltre che della presenza o meno di lesioni sospette per HCC; in casi selezionati verrà eseguita la RM o colangio-RM. Da ultimo non si deve dimenticare che l'infezione cronica da HCV è una malattia sistemica, quindi particolare attenzione va posta nel rilevare la presenza di tutte le possibili manifestazioni extraepatiche di questa patologia (fig. 3).

L'obiettivo della **terapia dell'epatite cronica C** è di migliorare la qualità della vita, evitare le complicanze dovute alla progressione della malattia (malattia e morte) (fig. 6) e la trasmissione ad altre persone.

L'infezione acuta da HCV non richiede normalmente una terapia sia per la possibilità di una guarigione spontanea, sia per la mancata approvazione da parte degli enti regolatori degli antivirali per questa indicazione (AIFA non prevede il rimborso) (5).

Data comunque la rarità dei casi di epatite acuta sintomatica il problema è più virtuale. Diventa concreto di fronte ai casi di epatite di "recente acquisizione" i quali, per tutta una serie di motivi, dimostrano avere un rapporto "cost-effective" favorevole se trattati. In tutti i casi di malattia cronica, dallo stadio iniziale fino alla cirrosi, l'indicazione alla terapia è indiscutibile, eccetto nei pazienti con limitata aspettativa di vita. (EASL 2020).

Transaminasi e Liver Stiffness

Stadio di Fibrosi	NALT	Iper ALT
Non significativa	5-6 KPa	5-7.5 KPa
Zona grigia	8-9 KPa	7.5-12 KPa
Fibrosi a ponte	9-12 KPa	12.0-13.4 KPa
Cirrosi	> 12.0 KPa	> 13.4 KPa

Per capire in quale stadio di fibrosi collocare il paziente.

Fig. 5

I primi tentativi terapeutici furono iniziati con l'interferone già verso la fine degli anni '80 ma con risultati poco brillanti. In seguito si è tentato di migliorarli con il perfezionamento delle molecole impiegate (dall'uso trisettimanale del solo interferone a quello settimanale dell'interferone pegilato, aggiungendo in seguito la ribavirina) ma anche tramite la modulazione degli schemi terapeutici e la durata degli stessi in relazione, ad esempio, al genotipo presente. L'efficacia terapeutica (indicata con la "sustained virological response" (SVR), che corrisponde alla negatività della viremia a 12 o 24 settimana dalla conclusione della terapia, ed equivale all'eradicazione di HCV) era purtroppo limitata, attestandosi sul 50% (fig. 6) a fronte di effetti collaterali talora pesanti.

Per questo la terapia veniva proposta solo ai pazienti con quadro clinico più impegnativo (fibrosi avanzata e/o presenza di copatologie). La svolta c'è stata nel 2013 con l'introduzione

dei nuovi antivirali ad azione diretta (Direct-Acting Antiviral, DAA) di prima generazione (poco maneggevoli e anche questi con importanti effetti collaterali) seguiti poco dopo (fine 2014) dai DAA di seconda generazione, molto più semplici e ben tollerati: le prime molecole erano diverse in quanto dotate di efficacia selettiva nei confronti dei vari genotipi, mentre le ultime, le uniche ora utilizzate, sono pangenotipiche, efficaci nei confronti di tutti i genotipi. L'attuale terapia consiste quindi nell'assunzione per 8-12 settimane di compresse ben tollerate e con scarsissime interazioni con altri farmaci e con possibilità di guarigione del 98%. Ad oggi l'Italia rappresenta il primo paese in Europa con il maggior numero di trattamenti effettuati: oltre 227.789 (AIFA, fine settembre 2021).

Veniamo quindi all'argomento vero e proprio: l'eliminazione dell'epatite C come indicato dall'OMS.

Il modello ideale di approccio a qualsiasi patologia prevede una diagnosi precoce ed una terapia efficace.

La terapia efficace per l'HCV è ormai un dato di fatto e questo rende concreta la possibilità di "guarire" tutti gli infetti. Rimane il problema della diagnosi precoce, trattandosi di una malattia asintomatica. In Italia, secondo diverse stime, ci sarebbero 280.000 positivi che non sanno di esserlo: si tratta di un sommerso o

occulto dovuto alle persone infettate, attraverso le "ondate" di diffusione del virus dei decenni passati e mai rilevate, cui vanno aggiunte le infezioni attuali attribuibili a popolazioni rimaste ai margini e che rappresentano anche serbatoi attivi di diffusione del virus (detenuti, tossicodipendenti, migranti).

Con l'obiettivo di curare, quindi guarire, il maggior numero di persone infette la Regione Veneto ha cercato di recuperare alla terapia i pazienti HCV positivi che non ne avevano beneficiato: ha lanciato nel 2018 il progetto "Recall" (DGRV 791/2018). Ha inizialmente avviato un'analisi retrospettiva sui risultati degli ultimi anni delle Microbiologie e dei Laboratori Analisi di tutte le ULSS della Regione, mirata ad individuare qualsiasi persona avesse una positività per l'HCV (anticorpi o viremia) ma che non fosse stata ancora avviata al trattamento. L'elenco è stato successivamente fornito ai Centri Prescrittori dei DAA di ogni ULSS affinché si attivassero per contattare gli interessati (telefonata, lettera) per confermarne la diagnosi ed offrire loro la terapia.

Questo progetto, che all'inizio è stato fortemente ritardato dalla pandemia di SARS CoV-2, sta procedendo celermente: le persone positive sono state contattate e vengono progressivamente prese in carico per fare quanto previsto. Purtroppo, causa i limiti dell'impostazione del modello (ricerca retrospettiva su dati di laboratorio grossolani e viziati da imprecisioni, presenza nell'elenco di pazienti spesso anziani o poco motivati – alcuni infatti già noti agli ambulatori ma che avevano rifiutato la terapia in passato e lo hanno fatto ora) i risultati sono stati di molto inferiori alle aspettative, infatti solo il 10% della totalità dei positivi è stato avviato al trattamento.

Per centrare l'obiettivo dell'OMS, che prevede la diagnosi del 90% degli infetti ed il trattamento (=guarigione) dell'80% di questi, è più efficace far emergere il "sommerso", cioè cercare gli infetti che non sanno di esserlo, cosa fattibile solo con uno screening di massa. Secondo le stime

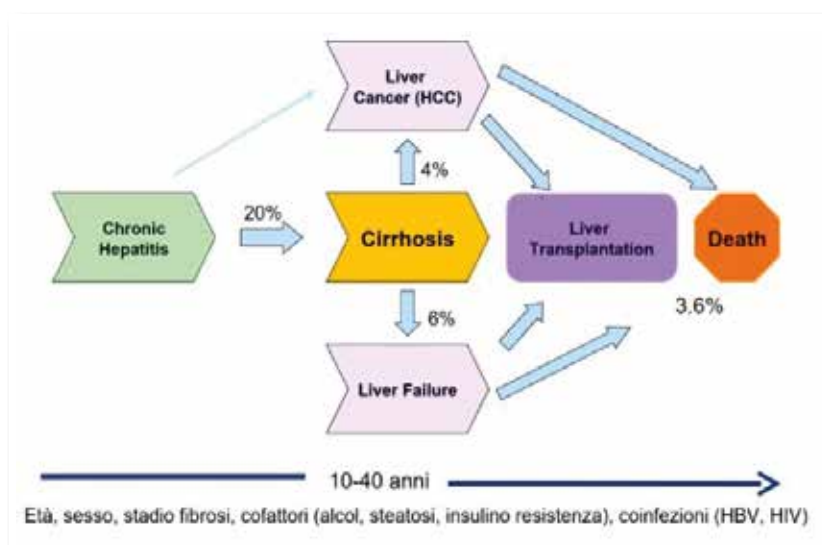


Fig. 6

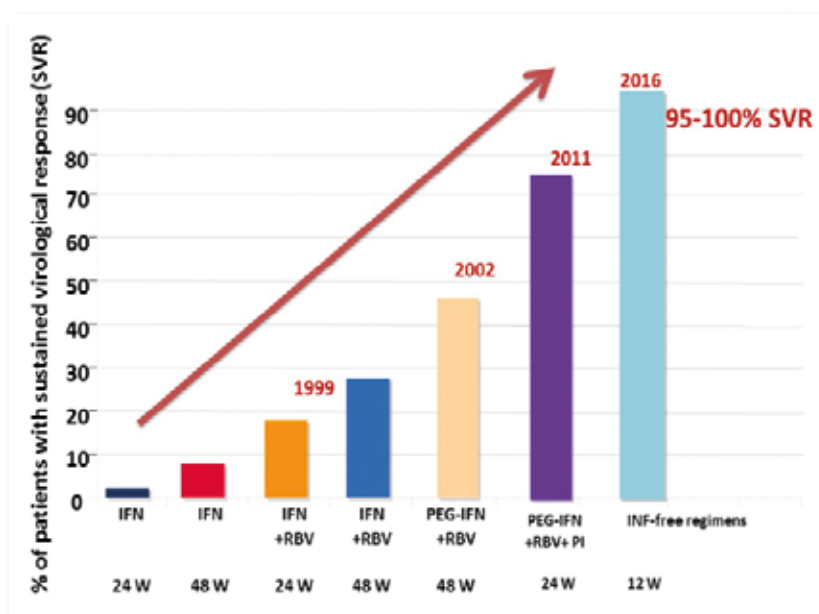


Fig. 7

del Centro Nazionale Salute Globale dell'ISS per l'Italia il rapporto costo efficacia dello screening è favorevole, in quanto, insieme al trattamento eradicante degli infetti con i DAA può portare nell'arco di qualche anno anche ad un ritorno dell'investimento (break evenpoint) tale da generare un risparmio (6). In questa linea si posiziona l'emendamento al Decreto Milleproroghe del 2019, con la Legge 28 febbraio 2020 n. 8, che stanza 71,5 milioni di euro per il 2020-2021 per introdurre lo screening gratuito e

necessario ad individuare i potenziali infetti di epatite C. I candidati saranno dapprima i giovani (coorti di nascita dal 1968 al 1987) a rischio di trasmissione, per estenderlo successivamente alle popolazioni più anziane (coorti dal 1948 al 1967); da subito saranno screenati quanti seguiti dai SERD ed i carcerati.

Alcune Regioni si sono già attivate (Liguria, Basilicata, Val D'Aosta, Molise, Lombardia ed Emilia Romagna) offrendo il test nelle strutture sanita-

rie del territorio o con chiamata attiva dai medici di famiglia o dai servizi di prevenzione territoriale. La Regione Veneto ha istituito intanto due gruppi di lavoro per definire gli indirizzi tecnico-organizzativi (DGR 0009 del 02 agosto 2021 e Decreto Sanità Sociale n. 84 del 25 agosto 2021).

Lo screening è un'occasione da non perdere dato che è propedeutico alla terapia che guarisce ed azzeri i rischi connessi al virus. L'obiettivo indicato dall'OMS è quindi raggiungibile.

DOTT. PIERANGELO ROVERE
DIRETTORE USD MALATTIE INFETTIVE
DI LEGNAGO, COORDINATORE CENTRI
PRESCRITTORI FARMACI PER EPATITE C
AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA

Bibliografia:

- 1 Alter (NHI)
- 2 Craxi, Le Infezioni in Medicina, 2012
- 3 Qui-Lim Choo et al. Science, 1989
- 4 <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
- 5 WHO, *Global health sector strategy on viral hepatitis, 2016-2021*
- 6 Kondili et al, Eliminazione dell'epatite C cronica in Italia: strategie di screening gratuito Nat Ist Sup Sanità 2021
- 7 EASL: recommendations on treatment of hepatitis C 2020.

ANNUNCIO NUOVO CORSO FAD SU "I MARCATORI TUMORALI"

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

Dai dati disponibili risulta che in Italia la prescrizione dei marcatori in Italia è molto più frequente di quanto presupporrebbe l'epidemiologia dei tumori solidi, suggerendo un'inappropriatezza prescrittiva per eccesso, con conseguente elevato rischio di sovra-diagnosi. Numerosi fattori contribuiscono a indurre questa eccessiva prescrizione: il timore del medico di "manca" 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.

RACCOMANDAZIONI AIFA SUI FARMACI per la gestione domiciliare di COVID-19 Vers. 3 - Agg. 04/10/2021

FARMACI SINTOMATICI	
TERAPIA SINTOMATICA	Terapia sintomatica Paracetamolo o FANS possono essere utilizzati in caso di febbre o dolori articolari o muscolari (a meno che non esista chiara controindicazione all'uso). Altri farmaci sintomatici potranno essere utilizzati su giudizio clinico.
FARMACI DA UTILIZZARE SOLO IN SPECIFICHE FASI DELLA MALATTIA	
ANTICORPI MONOCLONALI bamlanivimab/etesevimab informazioni per gli operatori sanitari https://www.aifa.gov.it/documenti/20142/1307084/Informativa%20hcp_combo.pdf casirivimab/imdevimab (1200/1200 mg) informazioni per gli operatori sanitari https://www.aifa.gov.it/documenti/20142/1307084/Informativa_hcp.pdf sotrovimab informazioni per gli operatori sanitari https://www.aifa.gov.it/documenti/20142/1307084/sotrovimab_Allegato1_Informativahcp.pdf	Gli anticorpi monoclonali bamlanivimab/etesevimab, casirivimab/imdevimab e sotrovimab sono stati resi disponibili ai sensi dell'Art.5.2 del DL 219/2006 (Decreto Ministeriale del 6 febbraio 2021 e del 12 luglio 2021). La popolazione candidabile al trattamento è rappresentata da soggetti di età >12 anni, positivi al SARS-CoV-2, non ospedalizzati per COVID-19, non in ossigenoterapia per COVID-19, con sintomi di grado lieve-moderato e che sono ad alto rischio di COVID-19 severa. Come principali possibili fattori di rischio sono stati identificati i seguenti: • avere un indice di massa corporea (Body Mass Index, BMI) ≥ 30, oppure >95° percentile per età e per genere; • insufficienza renale cronica, incluse dialisi peritoneale o emodialisi; • diabete mellito non controllato (HbA1c $\geq 9.0\%$ o 75 mmol/mol) o con complicanze croniche; • immunodeficienza primitiva o secondaria; • età >65 anni; • malattia cardio-cerebrovascolare (inclusa ipertensione con concomitante danno d'organo) • broncopneumopatia cronica ostruttiva e/o altra malattia respiratoria cronica (ad es. soggetti affetti da asma, fibrosi polmonare o che necessitano di ossigenoterapia per ragioni differenti da SARS-CoV-2); • Epatopatia cronica • Emoglobinopatie • Patologie del neurosviluppo e patologie neurodegenerative. COVID-19 deve essere di recente insorgenza (e comunque da non oltre dieci giorni) e confermata da positività di esame virologico diretto per SARS-CoV2. Il trattamento è possibile oltre i dieci giorni dall'esordio solo in soggetti con immunodeficienza che presentino: sierologia per SARS-CoV-2 negativa e prolungata positività al tampone molecolare.

	Nessun beneficio clinico è stato osservato con l'utilizzo degli anticorpi monoclonali bamlanivimab/etesevimab, casirivimab/imdevimab al dosaggio di 1200/1200 mg, e sotrovimab nei pazienti ospedalizzati per COVID-19. Pertanto, tali farmaci non devono essere usati in pazienti che: • sono ospedalizzati per COVID-19; • ricevono ossigenoterapia per COVID-19; • sono già in ossigenoterapia cronica a causa di una comorbidità sottostante non correlata al COVID-19 e che richiedono un aumento della velocità di flusso di ossigeno a causa del COVID-19. I dati di efficacia ad oggi disponibili, seppur limitati, depongono per una riduzione dei ricoveri e della mortalità nei pazienti trattati; tale dato è più evidente nei pazienti che presentano un elevato rischio di sviluppare una forma grave di COVID-19. L'efficacia di questi farmaci potrebbe essere ridotta nei pazienti che presentano anticorpi anti SARS-CoV-2 o per alcune varianti virali. In particolare, tutti gli anticorpi anti-SARS-CoV-2 disponibili in Italia (bamlanivamb/etesevimab, casirivimab/imdevimab e sotrovimab) mantengono una adeguata attività antivirale nei confronti delle varianti alfa (lignaggio B.1.1.7) e delta (lignaggio B.1.617.2), mentre l'attività neutralizzante della combinazione bamlanivamb/etesevimab, differentemente dagli altri anticorpi monoclonali disponibili in Italia (casirivimab/imdevimab e sotrovimab), è assente nei confronti delle varianti beta (B.1.351) e gamma (P.1). La terapia consiste in un'unica somministrazione per via EV (per le modalità e la durata si vedano le informazioni per gli operatori sanitari). La somministrazione deve essere monitorata fino ad un'ora dopo il termine dell'infusione da parte di un medico adeguatamente formato ed in grado di gestire eventuali reazioni avverse gravi. Per la prescrizione ed il monitoraggio degli esiti a 30 giorni è prevista la compilazione di un registro AIFA. È inoltre prevista la firma del consenso da parte del paziente.
CORTICOSTEROIDI Scheda Informativa AIFA: https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaciutilizzabili-per-il-trattamento-della-malattia-covid19	L'uso dei corticosteroidi è raccomandato nei soggetti ospedalizzati con malattia COVID-19 grave che necessitano di supplementazione di ossigeno. Tale raccomandazione si basa sul fatto che attualmente esistono evidenze di un beneficio clinico di tali farmaci solo in questo setting di pazienti/fase di malattia. Si sottolinea, inoltre, che nella fase iniziale della malattia (nella quale prevalgono i fenomeni connessi alla replicazione virale) l'utilizzo del cortisone potrebbe avere un impatto negativo sulla risposta immunitaria sviluppata. L'uso dei corticosteroidi a domicilio può essere considerato nei pazienti che presentano fattori di rischio di progressione di malattia verso forme severe, in presenza di un peggioramento dei parametri pulsossimetrici che richieda l'ossigenoterapia e qualora non sia possibile nell'immediato il ricovero per sovraccarico delle strutture ospedaliere. Lo studio che ha dimostrato la riduzione di mortalità con basse dosi di corticosteroidi ha utilizzato il desametasone al dosaggio di 6 mg per un massimo di 10 giorni. Eventuali altri corticosteroidi dovrebbero essere utilizzati a dosaggi equivalenti (metilprednisolone 32 mg, prednisone 40mg, idrocortisone 160mg). È importante, infine, ricordare che in molti soggetti con malattie croniche l'utilizzo del cortisone può determinare importanti eventi avversi che rischiano di complicare il decorso della malattia virale. Valga come esempio a tutti noto, quello dei soggetti diabetici in cui sia la presenza di un'infezione, sia l'uso del cortisone possono gravemente destabilizzare il controllo glicemico.

EPARINE Scheda Informativa AIFA: https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaciiutilizzabili-per-il-trattamentodella-malattia-covid19	L'uso delle eparine (solitamente le eparine a basso peso molecolare) nella profilassi degli eventi trombo-embolici nel paziente medico con infezione respiratoria acuta e ridotta mobilità è raccomandato dalle principali linee guida e deve continuare per l'intero periodo dell'immobilità. L'utilizzo routinario delle eparine non è raccomandato nei soggetti non ospedalizzati e non allettati a causa dell'episodio infettivo, in quanto non esistono evidenze di un benefico clinico in questo setting di pazienti / fase di malattia. Nel caso di soggetto allettato possono essere usati i dosaggi profilattici dei vari composti eparinici disponibili. È importante ricordare che l'infezione da SARS-CoV-2 non rappresenta una controindicazione a continuare la terapia anticoagulante orale (con AVK o NAO) o la terapia antiaggregante anche doppia già in corso.
FARMACI NON RACCOMANDATI PER IL TRATTAMENTO DEL COVID-19	
ANTIBIOTICI Scheda AIFA Informativa (relativa ad azitromicina): https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaciiutilizzabili-per-il-trattamentodella-malattia-covid19	L'utilizzo routinario di antibiotici non è raccomandato. Oltre ai casi nei quali l'infezione batterica è stata dimostrata da un esame colturale, l'uso di tali farmaci può essere considerato solo se il quadro clinico fa sospettare la presenza di una sovrapposizione batterica. La mancanza di un solido razionale e l'assenza di prove di efficacia nel trattamento di pazienti con la sola infezione virale da SARS-CoV-2 non consentono di raccomandare l'utilizzo degli antibiotici, da soli o associati ad altri farmaci con particolare riferimento all'idrossiclorochina. Un ingiustificato utilizzo degli antibiotici può inoltre determinare l'insorgenza e il propagarsi di resistenze batteriche che potrebbero compromettere la risposta a terapie antibiotiche future.
IDROSSICLOROCHINA Scheda Informativa AIFA: https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaciiutilizzabili-per-il-trattamentodella-malattia-covid19	L'utilizzo di cloroquina o idrossiclorochina non è raccomandato né allo scopo di prevenire né allo scopo di curare l'infezione. Gli studi clinici randomizzati ad oggi pubblicati concludono per una sostanziale inefficacia del farmaco a fronte di un aumento degli eventi avversi, seppure non gravi. Ciò rende negativo il rapporto fra i benefici e i rischi dell'uso di questo farmaco.
LOPINAVIR / RITONAVIR DARUNAVIR / RITONAVIR O COBICISTAT Scheda Informativa AIFA: https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaciiutilizzabili-per-il-trattamentodella-malattia-covid19	L'utilizzo di lopinavir / ritonavir o darunavir / ritonavir o cobicistat non è raccomandato né allo scopo di prevenire né allo scopo di curare l'infezione. Gli studi clinici randomizzati ad oggi pubblicati concludono tutti per un'inefficacia di questi approcci farmacologici.
Le raccomandazioni fornite riflettono la letteratura e le indicazioni esistenti e verranno aggiornate in relazione alla rapida evoluzione delle evidenze scientifiche. Per un maggiore dettaglio sulle singole schede è possibile consultare il sito istituzionale dell'AIFA al seguente link: https://www.aifa.gov.it/aggiornamentosui-farmaciiutilizzabili-per-il-trattamento-della-malattia-covid19. Dalle linee di indirizzo fornite è esclusa l'ossigenoterapia che rappresenta un presidio terapeutico essenziale in presenza di insufficienza respiratoria e per il cui corretto utilizzo si rimanda alle raccomandazioni specifiche. In aggiunta a tali raccomandazioni occorre precisare che i soggetti in trattamento cronico (ad esempio con antipertensivi, ACE-inibitori o statine) è raccomandato che proseguano il loro trattamento fino a differenti disposizioni del proprio medico. I soggetti in trattamento immunosoppressivo cronico in ragione di un precedente trapianto di organo solido piuttosto che per malattie a patogenesi immunomediata, potranno proseguire il trattamento farmacologico in corso a meno di diversa indicazione da parte dello specialista curante.	

Problematiche etiche nei sistemi basati sull'intelligenza artificiale in medicina

L'intelligenza artificiale (IA) può aiutare, e sicuramente, aiuterà, la medicina del futuro in modo decisivo. Tuttavia, l'AI non può fissare l'obiettivo/i per l'uomo! Gli obiettivi devono essere fissati dall'uomo per permettere che AI, machine learning (ML) e deep learning (DL) restino sempre "antropocentriche". È un compito fondamentale per uno sviluppo etico dell'AI.

Ma a questo punto cerchiamo di capire meglio cosa è dell'intelligenza artificiale (AI dall'inglese Artificial Intelligence) quali siano le criticità le sue criticità etiche. È indispensabile però sottolineare che AI e "la sanità digitale" (DH dall'inglese Digital Health) sono due entità ben distinte anche se, la DH si basa sull'AI. Essendo due entità diverse pongono problemi etici diversi anche se talvolta si sovrappongono.

Marco Somalvico, ingegnere, professore ordinario al politecnico di Milano, uno dei più grandi esperti di "AI", ha dato questa definizione di AI: "L'AI è una disciplina appartenente all'informatica che studia i fondamenti teorici, le metodologie e le tecniche che consentono di progettare sistemi hardware e sistemi di programmi (software) capaci di fornire all'elaborato elettronico prestazioni che, a un osservatore comune, sembrerebbero essere di pertinenza esclusiva dell'intelligenza umana."

Gli elementi basilari di questi software sono gli algoritmi (termine proveniente dalla trascrizione latina di al-Khwarizmi, matematico persiano vissuto nel IX secolo d.C.). Possiamo definire come algoritmo una sequenza finita e ordinata di operazioni elementari e non ambigue che permettono di risolvere, in maniera deterministica, un problema in tempo finito e prevedibile. Ovviamente un software è l'insieme di moltissimi algoritmi ciascuno dei quali darà una risposta precisa e semplice in tempo definito. Gli algoritmi elaborano quindi in modo matematico velocissimo i "dati" che si vogliono analizzare.

Quando si vuole risolvere un problema attraverso l'AI è opportuno ricordare che la risposta "giusta" dipende da ciò che il decisore/ideatore del sistema vuole che il sistema faccia.

I sistemi di AI si dicono "narrow" cioè sono in certa misura "intelligenti", ma solo nello stretto (narrow) ambito in cui e per cui sono stati pensati e addestrati ad essere utilizzati. L'obiettivo del sistema è determinato dal decisore umano che lo ha ideato e realizzati.

I sistemi di AI/ML/DL hanno molta soggettività incorporata anche se questa viene spesso negata.

I decisori devono essere responsabili nella scelta degli obiettivi e dei comportamenti che vogliono che i loro sistemi replichino. È ovvio che non vi è mai un unico modo "giusto" per definire le categorie e fissare obiettivi e comportamenti. Persone diverse troveranno diversi insiemi di comportamenti appropriati da replicare e includere nei loro sistemi. Ecco che nei sistemi di AI/ML/ /DL che riguardano la salute dell'uomo, nel gruppo dei decisori ci dovrebbero sempre essere tutti gli "attori" della relazione di cura: pazienti, professionisti della salute, bioeticisti oltre agli ideatori e realizzatori di tali sistemi.

Spesso tali sistemi di AI/ML/DL basati su algoritmi matematici vengono ritenuti precisi, obiettivi privi di ambiguità e debolezze. Tutti pensano che più i dati e i numeri (big data) sono numerosi, più sono oggettivi e precisi. Un famoso scrittore giornalista sportivo americano Gregg Easterbrook scriveva negli anni 90': "se torturi i numeri abbastanza a lungo, confesseranno qualsiasi cosa". Easterbrook quando scrisse questa frase si riferiva ai "numeri" che vengono ampiamente utilizzati dagli analisti sportivi americani per valutare le prestazioni sportive delle squadre, ma se pensiamo a come sono stati utilizzati "i numeri" riguardanti la pandemia da Covid-19 che, quotidianamente, da 2 anni, vengono

sbandierati come prove inconfutabili a sostegno di teorie opposte, si capisce come tale affermazione sia vera ed attuale. Quindi non c'è da scandalizzarsi se i sistemi basati sull'AI presentano gli scopi, ma anche le ambiguità e le debolezze di chi le ha ideate e commissionate. Infatti algoritmi, AI, ML e DP sono già diventate soggetti ampiamente utilizzati nella nostra società con scopi più o meno leciti, tanto che gli organi garanti e legislativi sono stati costretti a intervenire più volte sanzionando le società che utilizzano tali sistemi.

Allora come porsi di fronte ai nuovi sistemi di AI /ML/DL che, come abbiamo visto, dipendono dal decisore e possono essere utilissimi ma anche divisivi.

Per un atteggiamento critico costruttivo è fondamentale conoscere come vengono costruiti. Per quanto riguarda la medicina non è pensabile che tale argomento non venga inserito nell'ambito della formazione dei medici del futuro. Non bisogna mai dimenticare che non esiste medicina senza paziente, per cui l'attore principale resta e resterà il paziente, che deve essere coinvolto anche a livello decisionali attraverso i suoi rappresentanti. Le Medical Humanities hanno sempre più coinvolto il paziente nei processi di cura che lo riguardano, dimostrando che più il paziente viene consapevolmente coinvolto, più segue i suggerimenti del medico, agevolando così l'esito favorevole della malattia. L'Unione Europea nella sua normativa per le sperimentazioni cliniche incoraggia il coinvolgimento dei pazienti (o di loro rappresentanti) anche nella progettazione delle sperimentazioni cliniche (per esempio, nei bandi di ricerca, nei comitati direttivi), perché il loro contributo è considerato essenziale. Allora perché non coinvolgerli anche nella fase di ideazione di tali sistemi basati sull'AI? Forse, sarebbe necessario avviare una nuova era di sperimentazione basata su studi clinici randomizzati applicati ai sistemi di AI (come quelli su cui si basa

la Evidence Based Medicine o sulla più recente Value Based Healthcare). Questo approccio eviterebbe ciò che sta accadendo, cioè che i bisogni reali dei pazienti spesso vengono ignorati dagli ideatori e dai produttori di programmi digitali per la salute. Il coinvolgimento dei pazienti o delle associazioni che li rappresentano, degli operatori sanitari, dei caregiver nel processo di sviluppo di tali sistemi permetterebbe un feedback da parte degli utilizzatori, indispensabile per avere monitorarli. Tale metodologia viene suggerita da numerosi esperti e associazioni di pazienti che, insieme alla "Digital Health Academy", hanno prodotto le raccomandazioni per lo sviluppo della DH (Patients' Advice for a H.U.M.A.N Digital Health). È inoltre necessario avviare per tutti gli utenti una "alfabetizzazione sanitaria digitale" (Health Digital Literacy), cioè la capacità di comprendere e utilizzare le informazioni relative agli strumenti di sanità digitale che utilizzano sistemi di AI/ML/DL per un uso consapevole ed appropriato degli stessi. Esistono ormai molti documenti sia della WHO, sia dell'UE ma anche dell'Istituto Superiore di Sanità che suggeriscono a produttori e startup che operano nel settore della DH di fornire agli utenti informazioni chiare, sintetiche, affidabili, facilmente accessibili, aggiornate e, per quanto possibile, riferenziate sull'uso di tali strumenti.

Sono inoltre necessari standard definiti internazionalmente per gli strumenti utilizzati, normative di legge che regolamentino e definiscano in modo chiaro utilizzo, scopi e limiti di tali strumenti e soprattutto formazione sia per gli operatori della salute che per gli utenti. In una società avviata verso una intensa digitalizzazione della salute, l'analfabetismo digitale contribuirà a creare nuove disuguaglianze, determinando la nascita di una nuova categoria sociale, i "Clochard della salute digitale", cioè coloro che non esistono digitalmente.

Queste problematiche etiche sono talmente importanti che hanno portato alcune prestigiose riviste specializzate, anche in ambiti apparentemente completamente diversi, come The Lancet e The Financial Times a varare una commissione con il compito di stilare raccomandazioni in ambito di sanità digitale, monitorandone l'attuazione fino al 2030.

La commissione ha recentemente pubblicato su entrambe le riviste le raccomandazioni per ottenere un'integrazione efficace delle tecnologie digitali nella salute. La linea di fondo della Commissione è che la debole governance delle tecnologie digitali sta causando disuguaglianze sanitarie e compromettendo i diritti umani. Questa scoperta è aggravata dal fatto che molte aziende stanno espandendo la loro portata nel settore sanitario, raccogliendo e analizzando dati sanitari e personali. La futura governance delle tecnologie digitali nell'assistenza sanitaria deve essere guidata da scopi pubblici, non da profitti privati.

Ma come si può raggiungere questo obiettivo quando società private hanno un interesse così grande nell'acquisire e gestire dati sanitari? La commissione sottolinea la necessità di un linguaggio comune, di una alfabetizzazione digitale, in modo che tutti, pazienti, cittadini, operatori sanitari, decisori a tutti i livelli possano essere coinvolti in modo chiaro e comprensivo. Raccomanda inoltre che questa "formazione digitale" sia sì per tutti, ma orientata in particolare modo a bambini e giovani di tutto il mondo, per far crescere la partecipazione e ridurre le disuguaglianze.

La pandemia di Covid-19 ha accelerato il ruolo delle tecnologie digitali nel trasformare il modo in cui affrontiamo la salute e il benessere, ha influenzato i nostri comportamenti quotidiani nei diversi ambiti: lavoro, socializzazione, educazione, formazione, acquisti, viaggi. L'ambito sanitario è stato sottoposto ad una pressione tale da far adottare urgentemente soluzioni digitali per garantire, dove possibile, le cure sanitarie alla popolazione e alla persona. Gli strumenti digitali hanno aiutato le persone ad accedere alle consultazioni mediche da remoto tramite telemedicina e hanno facilitato l'identificazione di patologie attraverso la segnalazione dei sintomi online. Le App di tracciamento dei contatti hanno aiutato la sorveglianza della salute pubblica. Il processo decisionale politico è stato supportato da analisi predittive, modelli di diffusione geospaziali del virus e delle sue varianti e condivisione dei dati. Il Digital Health and Care Institute, istituto scozzese per lo studio e il monitoraggio della DH, spiega bene in cosa consiste questo cambiamento: spostare l'equilibrio delle cure da un

modello di trattamento tradizionale ad uno basato sullo sviluppo dell'assistenza digitale incentrata su prevenzione, diagnosi precoce, assistenza e monitoraggio post-evento. Altro argomento scottante dei sistemi digitali basati sull'AI è dato dalla tutela della privacy e dalla sicurezza delle informazioni personali (cybersecurity). Negli ultimi anni i furti di dati sanitari digitali da parte di hacker si sono moltiplicati a livello nazionale e mondiale: ospedali e banche dati sanitarie regionali sono state vittime di "hackeraggio digitale". Sul mercato nero digitale un fascicolo elettronico sanitario può valere migliaia di dollari poiché contiene "dati" indispensabili per lo sviluppo di prodotti digitali basati sull'AI.

La tutela della privacy e la sicurezza delle informazioni personali rappresentano quindi due importanti criticità della DH. Tali problematiche sono particolarmente sentite a livello europeo. Le normative UE in questo ambito sono tra le più avanzate per la tutela dei cittadini.

Sempre più pazienti si rivolgono ai sistemi di AI per la soluzione di problemi di salute, aspettandosi una riduzione degli errori, una minor durata delle cure e soluzioni diagnostiche e terapeutiche anche per patologie non risolte. Allo stesso tempo vorrebbero preservare un approccio empatico, esperienziale e sociale tipico delle "Medical Humanities". Tali aspettative devono essere attentamente considerate dai produttori di apparecchiature, sistemi, app che utilizzano algoritmi auto apprendenti (per es. smartwatch o app per smartphone che monitorano giorno e notte parametri vitali), difficilmente inquadrabili nell'ambito della odierna normativa per la tutela della privacy. Il rischio è che tali strumenti digitali, ineccepibili dal punto di vista funzionale, rimangano inutilizzati perché ritenuti complicati, poco sicuri dal punto di vista della privacy, oppure vengano utilizzati dalle società produttrici o dalle autorità per il controllo delle persone a loro insaputa.

ORAZIO MICHELE CODELLA

Bibliografia di riferimento:

Ilona Kickbusch, Dario Piselli et al.: "The Lancet and Financial Times Commission on governing health futures 2030: growing up in a digital world" www.thelancet.com Vol 398 November 6, 2021.

Percentuale invalidità civile e prestazioni assistenziali

Sulla base della percentuale accertata dalla Commissione Medico Legale dell'Asl, l'invalido civile ha accesso a diversi benefici e/o prestazioni. Fino al 33 % non è previsto nessun beneficio.

- **Dal 34%**, diritto alla **fornitura gratuita di protesi** ed ausili coerenti con le patologie esposte nel verbale al campo "diagnosi";
- **Dal 46%**, accesso all'iscrizione alla **lista per il collocamento obbligatorio** dalla quale devono attingere i datori di lavoro, pubblici e privati, con più di 15 dipendenti, per adempiere all'obbligo di assunzione degli invalidi;
- **Dal 51%**, i lavoratori dipendenti, pubblici e privati, possono richiedere annualmente un **congedo straordinario retribuito** per cure per trenta giorni, anche non consecutivi, su richiesta del medico curante ed autorizzazione dell'Asl;
- **Dal 67%**, **esenzione dal pagamento del ticket sanitario** per le

prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio; **agevolazioni per tessera trasporto pubblico locale; priorità nelle graduatorie per le case popolari**; riduzione canone telefonico ed esenzione della reperibilità per le visite fiscali;

- **Dal 74%**, diritto all'assegno erogato dall'Inps di **287,09 euro mensili** in presenza di redditi personali inferiori a 4.931,29 euro (valori 2021) per disoccupati. A 67 anni l'assegno si trasforma in assegno sociale. Solo fino al 31/12/2021, possibilità di richiedere l'**APE Sociale**, sussidio che accompagna fino al pensionamento anticipato o di vecchiaia. È necessario far valere almeno 30 anni di contributi e 63 anni di età;
- **Dal 75%**, per i lavoratori dipendenti, pubblici e privati, **maggiorazione dell'anzianità pari a due mesi per ogni anno**, fino ad un massimo di

60 mesi, durante il quale si è nella condizione di invalido civile al 75 %;

- **100%**, diritto alla **pensione di inabilità erogata dall'Inps di 287,09 euro mensili** in presenza di redditi personali inferiori a 16.982,49 euro (valori 2021). A 67 anni la pensione si trasforma in assegno sociale. La pensione di inabilità viene aumentata a massimo 652,02 euro mensili in presenza di redditi personali inferiori a 8.476,26 euro o cumulati con quelli del coniuge inferiori a 14.459,90;
- **100%**, con il riconoscimento dell'impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o a compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita propri dell'età, **diritto all'indennità di accompagnamento pari a 522,10 euro** senza alcun limite di reddito, a condizione di non essere ricoverato in istituto con pagamento della retta a totale carico dello Stato (o di Ente pubblico).

Crediti formativi: cosa fare entro fine anno

La scadenza per chiudere i vecchi trienni formativi si avvicina. C'è tempo fino al 31 dicembre per racimolare e amministrare gli ultimi ECM necessari a mettersi in regola con l'obbligo formativo e raggiungere il minimo di 150 crediti per ciascuno dei periodi 2014-2016 e 2017-2019 senza incorrere nelle sanzioni che ogni singolo Ordine dei Medici potrà intraprendere in caso di non rispetto dell'obbligo formativo.

COME SPOSTARE I CREDITI

Entro la fine del 2021 si possono anche spostare dei crediti da un triennio formativo al precedente per sanare il proprio percorso formativo. Lo si può fare autonomamente accedendo con le proprie credenziali all'area riservata del portale Cogeaps oppure tramite l'app Cogeaps sul cellulare.

Ma attenzione: da un triennio già chiuso con la certificazione dell'as-

solvimento dell'obbligo di formazione si possono prelevare e spostare solo i crediti "in eccedenza". E cioè quelli acquisiti oltre il tetto degli Ecm necessari per l'assolvimento dell'obbligo formativo individuale.

Nello specifico: i crediti maturati in eccedenza entro il 2019 possono essere "dirottati" sul triennio 2014-2016, mentre per il periodo 2017-2019 è possibile fare la stessa ope-

razione con i crediti conseguiti entro il 2021. Inoltre come precisato dalla Fnomceo, chi si avvale della possibilità di spostare i crediti da un triennio all'altro non potrà beneficiare degli "sconti" sul totale dei crediti da conseguire nel 2020-2022. In pratica, chi sposta gli Ecm non avrà diritto alla riduzione dell'obbligo formativo di 30 crediti, riservato ai medici che nel precedente triennio hanno maturato da 121 a 150 crediti e della riduzione di 15 crediti per chi ne ha conseguiti tra 80 e 120. È bene tenere presente che ai sanitari che hanno continuato a svolgere la loro attività durante l'emergenza Covid è stata anche accordata una riduzione del 30 per cento dei crediti dovuti nel triennio in corso.

SPECIALIZZANDI E PENSIONATI

I medici in formazione specialistica, compresi i corsisti in medicina genera-

le, sono esonerati dal conseguimento dei crediti formativi. Un esonero che comunque non avviene d'ufficio, ma su richiesta dell'interessato. Per procedere è necessario registrarsi sul portale Cogeaps, dall'area riservata e compilare l'autodichiarazione reperibile sullo stesso sito.

Anche i camici in pensione che esercitano l'attività saltuariamente rientrano tra le categorie che hanno diritto all'esenzione dall'obbligo della formazione continua. Secondo l'interpretazione della Commissione nazionale per la formazione continua si parla dei titolari di pensione con un reddito annuo da attività professionale non superiore a 5mila euro.

Per chiedere di essere dispensati, gli aventi diritto dovranno dichiarare al Cogeaps o al proprio Ordine dei medici di avere cessato l'esercizio della

professione sanitaria per pensionamento e di aver svolto esclusivamente attività lavorativa saltuaria.

Anche in questo caso, la domanda di esenzione potrà essere presentata tramite il portale Cogeaps, iscrivendosi all'area riservata, oppure inviata al proprio ordine di appartenenza.

IL DIRITTO/DOVERE DI AGGIORNARSI

"La possibilità di spostare dei crediti formativi è stata disposta per venire incontro a quei colleghi che nel periodo della pandemia non hanno potuto completare l'obbligo della formazione continua. Ad esempio, in questo periodo, come ormai accade da un po' di anni a causa della cronica carenza di risorse, le ore di formazione negli ospedali si sono trasformate in ore di attività lavorativa".

ANTIOCO FOIS

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

Covid, la Fnomceo in audizione sulle “cure mancate”

1,3 milioni di ricoveri e 144,5 milioni di prestazioni in meno nel 2020 rispetto al 2019: è partito dall'elaborazione dell'associazione Salutequità sui dati della Corte dei Conti il Presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, Filippo Anelli, per dare la misura delle “cure mancate” a causa del Covid. L'occasione è stata l'audizione, conclusasi pochi minuti fa, presso il Ministero della Salute di Lungotevere Ripa, sull' “Analisi delle problematiche connesse al recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia da SARS-CoV-2”. Recupero che, ha rilevato Anelli, è diseguale nelle diverse Regioni.

“Le Regioni dovrebbero dare piena attuazione al piano di recupero delle liste di attesa post-covid, rendendo trasparenti le informazioni sui modelli organizzativi applicati, sulle tempistiche e sui criteri di priorità - ha affermato -. Su un tema importante come quello del “ritorno alle cure ordinarie”, i cittadini non possono attendere oltre e hanno diritto ad avere piena trasparenza”. “Altra questione rilevante è rappresentata dal rispetto dei diritti inviolabili del cittadino, riconosciuti costituzionalmente ma di fatto non rispettati in un Paese dove le disuguaglianze tra Nord e Sud, centro e periferia, ricchi e poveri, laureati e cittadini meno istruiti sono sempre più evidenti - ha proseguito -. È opportuno ridurre questo divario al fine di garantire ai nostri cittadini migliori prestazioni sanitarie, intervenendo sui criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale che vede soprattutto le regioni meridionali penalizzate. Il raggiungimento di obiettivi di salute deve restare la finalità prioritaria del servizio sanitario in quanto occorre rimettere in primo piano gli obiettivi di salute, favorire la partecipazione dei cittadini, mettere i professionisti nelle condizioni di perseguire tali obiettivi in autonomia e indipendenza. Si dovrebbe altresì procedere alla revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti, al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure. Appare inoltre necessario uno specifico

sforzo volto a promuovere un sistema organico di strumenti di governance per l'uniformità degli standard dell'offerta sanitaria all'interno del Paese nei diversi aspetti dell'accesso, della completezza e della qualità dell'offerta, degli oneri a carico dei cittadini, degli esiti in termini di salute. Bisogna adottare iniziative per differenziare il fabbisogno regionale standard anche in base alle carenze infrastrutturali, alle condizioni geomorfologiche e demografiche, nonché alle condizioni di deprivazione e di povertà sociale, condizioni, che inevitabilmente determinano variazioni anche sui costi delle prestazioni”. “Un altro fronte su cui intervenire è la questione della mobilità sanitaria, che produce ulteriore danno a carico delle regioni del sud nell'esercizio del diritto sacrosanto del cittadino di potersi curare in ogni parte d'Italia - ha aggiunto -. Il meccanismo attuale non fa altro che premiare le regioni dove centri di eccellenza ed ospedali più efficienti sono stati istituiti grazie alle risorse proprio del servizio sanitario nazionale, distribuite in maniera più abbondante nelle regioni del nord. Si crei allora un'autonomia solidale, attraverso un fondo di solidarietà tra le regioni, in modo da colmare il gap ed equiparare gli indicatori di sopravvivenza per malattie e quelli sull'aspettativa di vita. Si ponga mano per ridurre gli effetti della povertà che determinano un aumento delle malattie croniche. Proviamo a sviluppare la ricerca nelle nostre università e ad arginare il drammatico fenomeno della fuga dei cervelli”. “Appreziamo lo sforzo del Ministro della Salute Roberto Speranza nell'annunciare un vero e proprio piano straordinario di investimenti per recuperare le liste d'attesa - ha dichiarato -. L'epidemia di Covid-19 non ha fermato le altre malattie, così come ha acuito le disuguaglianze di salute. Molti cittadini sono stati costretti a rimandare le visite, e le liste d'attesa si sono ulteriormente allargate. Ora è il momento di risolvere questo problema, che affligge da anni il nostro servizio sanitario nazionale. Non bastano, a questo punto, interventi tampone: occorre una vera riforma strutturale del sistema”.

Una riforma che non può che partire dalla formazione e dallo sblocco del turnover, con una programmazione mirata dei fabbisogni e delle assunzioni degli specialisti. E con un rafforzamento della medicina del territorio. “Riteniamo che l'unica soluzione possibile e definitiva alle liste d'attesa sia quella di alleggerire gli ospedali, prendendo in carico i pazienti cronici sul territorio, tramite il rafforzamento delle cure primarie - ha fatto presente -. In altre parole, se il cittadino non può avere accesso alle prestazioni, bisogna portare le prestazioni, e i professionisti, vicino al cittadino”. “La FNOMCeO ritiene sia indispensabile costituire un team delle cure primarie, con medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sanitari, tecnici, che lavorino insieme in autonomia e sinergia e, per far questo, servano nuove strutture, più ampie, e dotate di tutti gli strumenti adeguati e necessari alla diagnostica di primo livello e alla somministrazione di terapie - ha spiegato -.

Il paziente che si reca in questi ambulatori, o che è seguito al suo domicilio, deve trovare le risposte alle sue domande di salute: deve poter effettuare un elettrocardiogramma, un'ecografia, alcuni esami radiologici, alcune analisi di laboratorio; deve poter essere sottoposto alle terapie riabilitative, iniezioni, alle cure palliative e alle vaccinazioni previste”. “La direzione auspicata dalla FNOMCeO è quella di investire risorse nella valorizzazione dei nostri professionisti, riconoscendone il ruolo di muro portante del nostro Servizio Sanitario Nazionale - ha chiosato -. In conclusione, riteniamo quindi che occorra investire le risorse provenienti dall'Europa con coraggio, puntando sui professionisti, e superando politiche ormai obsolete, come quelle dei Distretti, ridotti a strutture a prevalente conduzione amministrativa. Se tutto questo avverrà, in automatico le liste d'attesa si elimineranno e gli ospedali potranno riprendere e valorizzare il loro ruolo di gestione delle acuzie e delle patologie e complicità che non possono essere gestite in ambulatorio o al domicilio”.

Congresso nazionale FIMMG - METIS di Villasimius

Congresso Fimmg, A nelli (FNOMCEO) al Governo: Rilanciare la professione

Si è aperto nel ricordo di Roberto Stella, primo medico a cadere per il Covid, il discorso del Presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici al 78esimo Congresso nazionale Fimmg-Metis, in corso a Villasimius (CA). Oltre la metà dei 363 medici e odontoiatri scomparsi durante la pandemia erano medici di medicina generale: a loro, a tutti e 363, Anelli ha voluto rendere omaggio. E, insieme al loro sacrificio, ha ricordato l'impegno della medicina generale in questo anno e mezzo.

"Vorrei iniziare questo mio intervento di saluto con un grazie a tutte le colleghe e i colleghi della medicina generale – ha esordito -. È un sentimento spontaneo di gratitudine per chi ogni giorno, in silenzio, con grande senso di responsabilità, senza il clamore dei media, anzi spesso vittime di accuse e pregiudizi infondati da parte di una minoranza della stampa, ha continuato a curare i 4 milioni e 300 mila cittadini su oltre 4 e mezzo di infetti per il covid! Sono stati curati dai medici di famiglia, dai medici del 118 da quelli della continuità assistenziale, dai medici iscritti al corso di formazione in medicina generali che in buona parte hanno costituito le Usca".

"Un carico di lavoro immenso, misconosciuto, sottovalutato da molti, che ha travolto ogni regola, ogni norma sulla ordinaria organizzazione del lavoro. Ha messo a dura prova anche i rapporti familiari, compromesso il naturale bisogno di uno spazio per la propria vita privata. I medici di medicina generale non si sono tirati indietro hanno assicurato assistenza ad una popolazione che in termini numerici è stata oltre duemila volte maggiore di quella che ha richiesto cure intensive in ospedale – ha ricordato -. I medici di medicina generale si sono sentiti

coinvolti in questo grande e gravoso compito assistenziale, in ogni ora del giorno e spesso anche di notte, nei giorni feriali e festivi, per garantire non solo una risposta assistenziale e informativa (centralinista della sanità) ma anche per assicurare con una parola di conforto quella vicinanza che solo una persona di "famiglia" come il medico di fiducia sa fare". Da qui l'orgoglio di essere medici, e medici di medicina generale.

"Oggi è il tempo dell'orgoglio! Il tempo di esaltare il grande valore della nostra professione; il tempo dell'etica che con i suoi principi, i suoi valori contenuti nel nostro Codice di deontologia è capace di condizionare e ispirare questi nostri comportamenti – ha continuato -. Siate orgogliosi di essere medici! Siamo orgogliosi di essere medici!". E poi, il duro j'accuse sul documento delle Regioni dedicato all'assistenza territoriale che, "scritto da qualche funzionario che non ha mai vissuto in prima linea l'esercizio di una professione che ti coinvolge professionalmente ed emotivamente, ha espresso considerazioni che giudico ingiuste e poco appropriate".

"Ingiuste – ha dichiarato - perché non sono stati i medici a non volere il cambiamento in questo Paese. Medici che si sono visti negare i fondi promessi sin dal 2005 per l'associazionismo, per assumere i collaboratori di studio, gli infermieri, i terapisti della riabilitazione, gli assistenti sanitari. Poco appropriate perché l'analisi in quel documento prova a trasformare i carnefici in vittime. Sono invece i medici vittime di un sistema regionale che li ha penalizzati, li ha mortificati nella loro professione, li ha costretti a svolgere contemporaneamente al loro esercizio professionale altre attività come quelle burocratiche, spesso esorbitanti, mansioni di competenza infermieristica, psicologica e pratiche peculiari degli assistenti so-

ciali. Orbene tutta questa attività di supplenza, per la colpevole mancanza di risorse da destinare proprio alla creazione del team di cure primarie, rischia ora in quella narrazione delle regioni di trasformarsi in un atto di accusa nei confronti dei medici! A me pare realmente paradossale questo tentativo di ribaltare le responsabilità". Ancora, i ringraziamenti al Ministro della Salute Roberto Speranza "per essere stato sempre vicino alla professione medica, per averla sostenuta, ricercando insieme soluzioni e provvedimenti anche nei periodi più bui, quando la nostra sicurezza sembrava non essere più adeguatamente garantita". E per aver esaltato il ruolo della scienza nella gestione della pandemia. "Noi medici siamo parte della scienza, contribuiamo con le nostre ricerche allo sviluppo delle evidenze scientifiche" ha affermato.

E poi, un grazie alla Fimmg: "A Silvestro Scotti, alla segreteria nazionale a tutto il consiglio nazionale, ai delegati di questo 78 congresso va il mio ringraziamento e quello della Fnomceo per aver creduto nei principi sanciti nella nostra Costituzione, rappresentando e difendendo sempre gli interessi dei lavoratori, e per averli incarnati in tutti gli anni di vita della Repubblica Italiana. 70 anni di attività sindacale rappresentano un servizio straordinario reso al Paese e sono un grandissimo merito di cui andare fieri". Infine, un appello al Governo.

"Sappiamo che il PNRR punta prevalentemente su interventi di natura strutturale, infrastrutturale e tecnologico. Ora però servono risorse per rilanciare la professione, sostenere le competenze, premiare il merito e capacità – ha concluso Anelli -. I medici se lo aspettano, anzi direi di più se lo meritano! Se lo meritano per aver supplied alle tante carenze al punto che qualcuno ha pensato che fosse giusto segnalarli per il premio Nobel della Pace".

L'intervento di Olivetti al congresso Fimmg di Villasimius

La possibile riforma dell'assistenza territoriale alla luce del Pnrr è stata al centro dell'intervento che il presidente dell'Enpam Alberto Olivetti ha tenuto nel corso del 78esimo Congresso nazionale della Fimmg, la Federazione italiana dei medici di medicina generale, in svolgimento a Villasimius.

“Il new normal, la **nuova normalità** che dovremmo raggiungere nel dopo Covid, ci consegna forte e intensa l'impressione che non si possa contare più su rendite di posizione – ha dichiarato Olivetti -. La stabilità sociale appare fondamentale per ottenere da un lato la ripresa, ma anche un cambio del modello di sviluppo. Ma a noi non sembra che si stia andando in tal senso nella medicina pubblica territoriale con il medico di medicina generale che – mentre in tutti i servizi sanitari universalistici è considerato il fulcro – da noi corre il rischio di una rimozione forzata perché accusato di uso indegno del territorio pubblico. Questo credo non sia accettabile. Ci sarebbe da chiedersi a vantaggio di chi andrebbe questa rimozione.

RISCHIO SEMPLICISMO

Il premio Nobel per la fisica è andato a Giorgio Parisi che ha studiato il caos e la complessità. In questa complessità caotica di dover rilanciare il Servizio sanitario nazionale **con la semplificazione si corre il rischio del semplicismo** se non si ascoltano i protagonisti professionali dell'attività del servizio sanitario nazionale. Un esempio è la telemedicina, di cui sembra venir data per scontata una fruibilità facile e immediata, quando attualmente in Italia ci sono 8 milioni e mezzo di famiglie che non hanno connessione e 12mila punti sanitari che non hanno banda larga.

Credo nella telemedicina e nell'intelligenza artificiale ma non in sostituzione del professionista ma come



un'amplificazione della sua azione professionale e non alternativa. Enpam nei prossimi giorni lancerà un progetto unico in Europa, Tech2doc, che consisterà in una piattaforma informativa e formativa per permettere ai medici un empowerment sulle innovazioni e le nuove tecnologie per la salute.

CASE DI COMUNITÀ

Dal Pnrr con la missione 6 abbiamo appunto investimenti su reti, su strutture, su tecnologia, su telemedicina, su innovazione digitale e ricerca. Il governo ha annunciato l'intenzione di creare 1350 Case di comunità, benissimo si facciano e senza sprechi di fondi. Sono state promesse all'Europa e per il 2026 dovrebbero essere operative. Noi le giudichiamo positivamente se intese come integrazione alla rete degli studi professionali, capillari e fiduciari, già esistenti sul territorio, che peraltro vanno potenziati evidentemente. Li consideriamo invece come una riduzione del diritto individuale alla salute se considerate in alternativa agli studi professionali.

Poiché siamo convinti che vadano potenziate le reti di studi professionali, l'Enpam è disponibile anche a fare la sua parte se esisteranno le possi-

bilità di un partenariato pubblico-privato. Il pubblico potrebbe mettere sul piatto fondi di cui all'articolo 20 della legge 67 del 1988 riguardante l'edilizia sanitaria straordinaria mentre noi potremmo investire come parte privata, sempre che ci sia data la possibilità di esistere.

PASSAGGIO ALLA DIPENDENZA

L'ipotesi del passaggio alla dipendenza dei convenzionati significherebbe la morte per l'Enpam, con un costo stimato per la Fondazione pari a 84 miliardi di euro. Noi siamo costituzionalmente depositari di un compito che ci viene assegnato dallo Stato, per garantire le provvidenze previste dall'articolo 38 della Costituzione. Questo non va dimenticato.

QUOTA CAPITARIA E QUOTA ORARIA

Restando focalizzati sul rapporto convenzionale, auspico che venga chiuso rapidamente il nuovo accordo collettivo nazionale. Siamo infatti nel post Covid, siamo in una nuova normalità e non possiamo ancora discutere dell'accordo normativo 2016-2018: sfioriamo il ridicolo. Questa nuova normalità potrà condurre alla perdita di posizioni di rendita, però può significare anche attività nuove

da rilanciare. In questo senso credo che il mix tra quota capitaria e quota oraria sia la chiave per affrontare il rapporto con i nuovi spazi di attività: case di comunità, aggregazioni funzionali territoriali, studi professionali, micro-team.

UNIVERSITÀ

È tempo che l'università venga ingaggiata in maniera più decisa nel corso di laurea per insegnare nell'ultimo biennio la medicina dei bisogni e dei problemi, cioè la medicina del ciclo fiduciario che è diversa dalla medicina della diagnosi propria dell'area delle cure ospedaliere.

Un programma questo che gode del pieno sostegno dell'Enpam, che sta già facendo la sua parte permettendo agli studenti che frequentano gli ultimi due anni del corso di laurea di iscriversi all'ente e di ottenere da subito una copertura previdenziale con piena dignità. In questo senso credo che sia anche ora di valutare un impegno dell'università nel campo della specializzazione dei medici di medicina generale, perché un professionista che riceve 800 euro può ingenerare la sensazione che valga la metà di chi ne prende 1600.

GREEN NEW DEAL

L'Europa ha lanciato un programma di **green new deal**, cioè un patto per un futuro green più equo e solidale a zero emissioni, con l'introduzione del concetto di **One Health**. Il riferimento è quello a un'idea di pianeta la cui salvezza passa dalla salute della persona, degli animali, del clima e dell'ambiente. Un approccio che condivido pienamente. E allora mi chiedo: chi meglio del medico di famiglia, scelto su un rapporto di fiducia, può contribuire dal basso a raccontare alle persone i fondamenti di questa nuova realtà? Credo quindi che questo sia un compito in cui tutti i medici di famiglia devono vedersi ingaggiati, proprio perché, per il ruolo svolto, potrebbe spettargli quasi di diritto.

CASA COMUNE PREVIDENZIALE

Proprio in vista di tutti questi compiti che attendono i medici, credo nel valore di **una casa comune previdenziale** che accolga tutti i medici anche relativamente al reddito da lavoro dipendente. Credo che in prospettiva sarà sempre più efficace puntare su una previdenza ampia, strategica, che generi un welfare inclusivo che guardi anche a tutti coloro che entreranno nella professione.

Ecco perché sarà sempre più importante puntare su una comunità di professionisti iscritti a un unico ordine professionale, a due volendo considerare gli odontoiatri, piuttosto che essere identificati sulla base del rapporto di lavoro esercitato. Credo che sia giunto il tempo per fare anche questa nuova rivoluzione".

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.

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.

La Medicina Generale alla dipendenza? Se passa la riforma 84 miliardi di danni per ENPAM

Il ventilato passaggio alla dipendenza dei medici di medicina generale e pediatri convenzionati, nell'ipotesi proposta dalle Regioni, oltre a ridurre inevitabilmente sul territorio la disponibilità per i cittadini di un medico di propria scelta, provocherà un buco nelle casse dell'Enpam valutato in 84 miliardi di euro nell'arco temporale della sostenibilità richiesta all'ente.

“Come Enpam – dice il presidente dell'ente di previdenza dei medici e degli odontoiatri Alberto Olivetti – chiediamo un incontro urgente al ministro

della Salute Roberto Speranza e al coordinatore della commissione Salute delle Regioni, Raffaele Donini, oltre che un colloquio con i vigilanti che sono il ministero del Lavoro e il Mef.” “Bisogna infatti trovare una via diversa per arrivare all'obiettivo di costruire team integrati di professionisti della salute, Il proposito del governo di aprire 1.350 case di comunità con medici di famiglia e pediatri è senz'altro realizzabile, anche a breve, ma sarà efficace solo se previsto come integrativo e non sostitutivo degli ambulatori diffusi sul territorio”.

“Di certo rinunciare a qualificare e rendere operative le ormai da troppo tempo scadute convenzioni con i medici, prospettando a un numero insufficiente degli stessi un rapporto di dipendenza in case di comunità, disposte sul territorio ogni 100-150 chilometri quadrati, non soddisferà le crescenti necessità di assistenza dei cittadini e in più determinerà una voragine nel più grande ente di previdenza privato italiano, costringendo lo Stato a misure straordinarie per risolvere un problema che oggi non c'è”.

ATTACCO NO VAX alla sede dell'Ordine dei Medici di Trento

“È inaccettabile”, così il Presidente FNOMCeO Filippo Anelli (Fnomceo) sull'attacco No Vax alla sede dell'Ordine di Trento. , “i medici che non si immunizzano scelgono di essere fuori dalla professione”.

I no vax sono passati dalle parole ai fatti con un inaccettabile attacco a un luogo che è anche un simbolo: la sede dell'Ordine dei medici di Trento. “Un'azione di vandalismo a scopo intimidatorio che ci amareggia profondamente”. Così Filippo Anelli, presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini

dei medici, esprimendo “vicinanza” ai presidente dell'Ordine di Trento, Marco “Ioppi, ai colleghi del Consiglio direttivo e al personale” per l'attacco subito. Nella notte tra lunedì 11 e martedì 12 ottobre - evidenza infatti la Fnomceo - l'edificio dove ha sede l'Ordine è stato preso di mira: il vetro di una finestra è stato infranto a sassate e il muro imbrattato con una scritta in vernice rossa che recita 'Prima hanno lavorato con il Covid ora li sospendete, servi'. “Gli Ordini non sono servi del sistema - tuona Anelli - Sono a tutti gli effetti componenti dello Stato, organi sussidiari.

Attaccare l'Ordine significa attaccare lo Stato, colpendolo nelle sue funzioni a tutela dei diritti di tutti i cittadini. Diritto, in questo caso, di farsi curare da un medico che sia sicuramente vaccinato: diritto, dunque, alla sicurezza delle cure e alla tutela della salute. Come precisato da Ioppi - ribadisce Anelli - non sono neppure gli Ordini a decidere: sono le Asl a segnalare i medici non vaccinati agli Ordini che notificano la sospensione d'ufficio. Sono quindi gli stessi medici che, scegliendo senza motivazioni di salute di non vaccinarsi, si pongono fuori dalla professione”.

Insecuritas e follie in tempo di contagio

ECLISSI DELLA RAGIONE NELLE STORIE DELL'OCCIDENTE

LUCIANO BONUZZI

L'Iliade⁽¹⁾, la prima testimonianza poetica dell'Occidente, è un racconto di guerra che esordisce con la descrizione di una pestilenza esplosa in un clima di radicale conflittualità fra due personaggi che hanno la stessa patria: Agamennone ed Achille, intrisi di malumore irritato, si fronteggiano per una questione di donne – Criseide e Briseide – ridotte a mero oggetto di scambio. Agamennone che ha respinto la proposta di riscatto da parte del padre di Criseide, un sacerdote di Apollo, provoca il risentimento del Dio che, con le sue frecce pestilenziali, colpisce dapprima gli animali e poi, senza regola alcuna, i soldati raccolti sotto le mura di Troia. In un'atmosfera di strisciante tensione solo le parole melate di Nestore si sforzano di contenere l'aggressività. Finalmente, per contrastare il contagio, Agamennone si rassegna a cedere Criseide, per quanto ritenuta di gran lunga preferibile alla moglie Clitemnestra, ma in cambio pretende Briseide già assegnata ad Achille. Il male, in ogni modo, rientra quando, con adeguata ecatombe per placare il Dio, vengono smaltite le immondizie mentre all'esercito viene ordinato di lavarsi: una pratica igienica che, intrecciandosi con la liturgia dell'ecatombe, sembra sortire un buon effetto. Più ricca di particolari è la magistrale illustrazione della peste di Atene da parte di Tucidide⁽²⁾ che dal contagio era stato colpito lui stesso. Ancora una volta l'epidemia si accompagna alla guerra: corre, infatti, la guerra del Peloponneso ed Atene, quanto prima, rigurgita di profughi. La descrizione del contagio segue immediatamente il celebre discorso di Pericle in onore dei caduti; un discorso che si conclude con l'invito, rivolto alle donne, a coprire con il silenzio il dolore per la perdita dei propri cari morti per la patria; e, ancora una volta, la posizione della donna è marginalizzata

in attesa delle nuove sofferenze che imporrà loro l'avvento della pestilenza. Il male arriva da lontano, dall'Etiopia, ma quando raggiunge l'Attica coglie tutti impreparati: si accusano i Peloponnesi di avere inquinato le cisterne d'acqua ed i medici, particolarmente colpiti perché a costante contatto con i malati, sono disorientati innanzi ad una sintomatologia del tutto sconosciuta. Le uniche misure profilattiche di qualche utilità sono la fuga e l'isolamento, per quanto comportino l'abbandono di amici e di familiari; nel contempo è incomprensibile l'atteggiamento di chi, con irresponsabile arroganza, si sente estraneo ad ogni possibile contagio. *Insecuritas* e sfrenatezza, innanzi allo spettacolo della morte, accompagnano l'eclissi di ogni regola di civiltà e solo chi ha supertao il male può godere di qualche serenità in quanto il contagio non colpisce mai due volte e, in caso di ricaduta, non si rivela letale.

Nella pagina poetica di Lucrezio la descrizione della pestilenza si arricchisce di altri stimolanti motivi: Lucrezio⁽³⁾, che condivide l'atomismo di Democrito, postula, infatti, la presenza di atomi particolari – *semina rerum* – quali agenti etiologici dell'epidemia modulata dalle variazioni climatiche. Sospesi nell'aria questi atomi entrano nel corpo mediante il respiro sconvolgendo le funzioni dell'organismo. Non vi sono farmaci specifici ed ogni malato vive nell'angoscia mentre lo spettacolo continuo della morte invita a comportamenti raccapriccianti, estranei alla più elementare ragionevolezza. Gli stessi animali fuggono spaventati, respinti dall'odore fetido dei cadaveri. Nelle testimonianze letterarie ora ricordate l'accento viene posto su alcuni motivi ricorrenti, motivi presenti nelle epidemie di sempre: il coinvolgimento del mondo animale, l'assembramento quale inevitabile retaggio di ogni guerra, la conflittualità

civile come quella che coinvolge Agamennone ed Achille, l'isolamento e la fuga quali possibili difese, lo spettacolo della morte con l'angoscia che suscita invitando a comportamenti di aggressività collettiva.

Anche la medicina deve, naturalmente, misurarsi con i drammatici sconvolgimenti dovuti alle epidemie. Ippocrate, il fondatore della medicina scientifica, scrive alcuni libri - *Epidemie* - che contengono osservazioni, cliniche ed epidemiologiche, dalla fondamentale rilevanza per interpretare il male e per suggerire al medico come deve fronteggiare una sintomatologia complessa, caratterizzata da disturbi somatici ma anche da possibili disordini della mente. Le riflessioni ippocratiche, in sintonia sotto tanti profili con quanto è stato tramandato dagli storici e dai poeti, eludono peraltro il rimando al mondo degli Dei ed alla connessione fra sacrilegio e contagio che sono, invece, fondamentali nel racconto dell'*Iliade*: l'osservazione è, infatti, la guida metodologica delle *Epidemie*⁽⁴⁾.

Le febbri epidemiche, argomenta Ippocrate, sono plasmate dall'assetto climatico-stagionale che caratterizza il mondo in cui si manifestano mentre nell'incontro terapeutico – fra malato, malattia e medico – il medico deve tener conto di parametri oggettivi quali sono la costituzione, l'età e il sesso del malato. Nella descrizione accurata dei casi clinici osservati i disturbi psichici - frenitide, stato confusionale, perdita della memoria, depressione - sono intesi, per lo più, come un segno prognostico sfavorevole.

Va rilevato come la pagina di Ippocrate, che vuole “descrivere il passato, comprendere il presente, prevedere il futuro”, sia estranea alla registrazione di quel clima di angoscia collettiva che circola nel racconto di altri autori e, in particolare, di Tucidide. In breve, nella medicina degli Antichi domina la teo-

ria, esplicitamente formulata da Gale-no⁽⁵⁾, che attribuisce all'aria infetta un ruolo patogenetico determinante nel provocare la pestilenza. Celso⁽⁶⁾, per suo conto, ribadisce, invece, l'invito alla fuga quale risposta al diffuso sentimento di paura che, come un'ombra, accompagna ogni contagio.

William H. McNeill⁽⁷⁾, illustrando l'andamento delle epidemie nei primi secoli d. C., sottolinea il ruolo che la caduta demografica, dovuta proprio alle epidemie, ha avuto nell'indebolire l'assetto dell'impero di Roma che, nel volgere di poche generazioni, non è più stato in grado di difendersi e di contrastare le orde di migranti che sconvolgevano i suoi confini. La peste, del resto, scandisce la fine del mondo antico come conferma la cronaca di Procopio di Cesarea⁽⁸⁾ che racconta delle guerre e della peste di Giustiniano senza dimenticare la follia che circolava fra i contagiati. Scartata ogni ragionevole possibilità di attribuire la pestilenza a cause naturali, Procopio la attribuisce al volere del Cielo. Inquietante il momento del contagio, annunciato dall'apparizione di fantasmi che non scompaiono neppure nei luoghi consacrati e che perseguitano le loro vittime anche in sogno per comunicare il momento della fine. In questo clima di follia collettiva, Procopio sottolinea le difficoltà di chi doveva assistere i malati mentalmente disturbati e ricorda la caotiche conseguenze delle sepolture collettive. Innanzi all'angoscia suscitata dalle epidemie il paganesimo non trovava risposte mentre il cristianesimo attribuisce un senso alla sofferenza e invita a soccorrere ed assistere gli infermi: è iniziato il Medio Evo.

Nei primi tempi dei Secoli Bui la pestilenza tende a scomparire – ma, forse, mancano le testimonianze – fino a quando, veicolata lungo la rete carovaniere dei Mongoli, ricompare con violenza nel 1347⁽⁹⁾. Ancora una volta si tratta di un contagio simile a quello dell'età di Giustiniano, tanto che si può ritenere che il Medioevo sia compreso fra due grandi e drammatiche pestilenze. L'epidemia, che travolge il giusto e l'ingiusto, è il catalizzatore di complesse trasformazioni che investono ad ogni livello le forme della vita:

il sentimento del tempo, l'immagine del corpo, le espressioni figurative; la morte stessa è al centro di oscure, angoscienti aspettative. La comparsa degli orologi sui campanili e sulle torri delle piazze, mentre imbriglia lo scorrere del tempo in monotone durate, diventa quando soffia il contagio un monito per ricordare la vanità delle cose terrene sconvolte dall'urgenza improvviso della morte. Se con la lebbra⁽¹⁰⁾ e con la tubercolosi⁽¹¹⁾ – mali cronici – si può e si deve convivere, la ventata epidemica espone, infatti, al rischio della morte improvvisa rendendo inquietante l'attimo del transito. Del resto, il corpo⁽¹²⁾, questo involucro dell'anima, quando è colpito dall'epidemia testimonia con modalità spettacolari lo sfacelo e la putrefazione a cui è destinata la carne: si tratta di metamorfosi ripugnanti che influenzano le stesse arti figurative⁽¹³⁾ incentivando quelle "danze della morte"⁽¹⁴⁾ che conosceranno per secoli una larga diffusione soprattutto lungo l'arco alpino. La bellezza del corpo, come Boezio⁽¹⁵⁾ aveva lasciato intendere e come amavano ricordare i predicatori⁽¹⁶⁾, altro non è che un patetico inganno.

Un'età tragica in cui si trova una risposta per tante sventure elaborando un profondo ed irrazionale senso di colpa che si accompagna alle processioni, invasi e folli, dei flagellanti ed alla persecuzione degli Ebrei, una minoranza ritenuta colpevole di rovine a cui era del tutto estranea⁽¹⁷⁾. Qualche argine alla diffusione del male viene peraltro attivato dalle norme di quarantena, espressione delle osservazioni empiriche da parte dell'autorità civile⁽¹⁸⁾. Non manca, d'altra parte, chi non rinuncia alla speranza. Suggestiva e rivoluzionaria, ad un tempo, è infatti la descrizione del clima allora corrente, così come viene vissuto ed illustrato da due grandi contemporanei, Petrarca e Boccaccio, che annunciano un'età nuova: l'età dell'Umanesimo che non condivide il cupo pessimismo del tempo che l'ha preceduta. A Francesco Petrarca⁽¹⁹⁾, un poeta insigne dal profilo personologico incline alla malinconia, la peste rapisce Laura, la luce che orienta la sua esistenza: una perdita che sconvolge il sentimento del tempo tanto che, come scrive in un Sonetto 'In morte di Laura':

La vita fugge e non s'arresta un'ora;
E la morte vien dietro a gran giornate;
E le cose presenti e le passate
Mi danno guerra e le future ancora;⁽²⁰⁾

Ma, al di là di tanti turbamenti, il fascino di Laura, che ha la bellezza di Elena e il volto di Maria, conferisce una nuova, dolce dignità ad ogni figura femminile il cui tenero incanto è riscoperto e sottolineato proprio in tempo di peste. In Boccaccio la valorizzazione della donna è altrettanto manifesta. Nella prima giornata del *Decameron*⁽²¹⁾, illustrata la "pestifera mortalità" che ha colpito Firenze distruggendo ogni regola civile, Boccaccio racconta di sette⁽²²⁾ giovani donne, ragionevoli ed oneste, che, accompagnate da tre giovani con compiti organizzativi, decidono di abbandonare il disordine urbano per trasferirsi in un ambiente naturale, pulito e sereno, dove il tempo può essere riempito da libere narrazioni che possano sollevare lo spirito: una sorta di psicoterapia di gruppo. Pratiche di auto-aiuto volte a mantenere ed incoraggiare la serenità dell'animo saranno suggerite anche da Pietro da Tossignano⁽²³⁾ che nel *Consiglio per la peste* non trascura di raccomandare canti e letture amene.

Dopo l'impennata della metà del '300, la peste continuerà per secoli a tormentare le popolazioni dell'Occidente ma, quando il '400 va concludendosi, nuove ondate epidemiche sconvolgeranno la vita attraversando l'Oceano⁽²⁴⁾.



Fig. 1 Girolamo Fracastoro: poeta della sifilide.



Fig. 2 Fede di sanità con l'autorizzazione a viaggiare.



Fig. 3 Fede di sanità con l'autorizzazione ad essere ospitato al di fuori del proprio territorio.

Le popolazioni delle Americhe, dopo il contatto con gli Europei, vanno verso uno spaventoso crollo demografico che accompagna la malinconica passività da cui sono travolte constatando la differente incisività del contagio rispetto agli invasori europei, immuni nei confronti del male che diffondevano. Ma anche l'Europa è travolta da una nuova malattia: la sifilide.

Poiché l'esplosione del contagio sifilitico coincide con gli anni del ritorno dalle 'Indie' dei marinai di Colombo e con la calata di Carlo VIII in Italia si è ipotizzato che il male fosse di origine americana e che proprio dall'esercito di Carlo VIII fosse stato diffuso in Italia. Sono però state avanzate altre, più convincenti interpretazioni che parlano di un'origine africana⁽²⁵⁾. Il contagio che, dal suo esordio fino al primo '500, ha andamento acuto, con deturpanti manifestazioni cutanee e violenti dolori muscolari, si trasmette attraverso il contatto sessuale ed è questa una caratteristica che lo differenzia da altre epidemie suscitando fantasie di colpa bene individuabili. I bordelli e i movimenti degli eserciti, per lo più seguiti da manipoli di povere donne, hanno senza dubbio svolto un ruolo notevole nella diffusione del contagio che ha trasformato i costumi. Antonia, una protagonista dei *Ragionamenti* dell'Aretino, si lamenta della propria povertà perché "dal mal francioso in fuori" non trova più clienti⁽²⁶⁾. Una situazione dolente, come spiega Erasmo là dove descrive la cruda realtà delle donne galanti ridotte a "cloaca pubblica" ed esposte alla certezza di contrarre "quella lebbra che chiamano mal spagnolo"⁽²⁷⁾. Un ruolo fondamentale

nell'illustrazione di questo male, che ha avuto un'incisività tanto rilevante sul piano sociale, compete a Girolamo Fracastoro⁽²⁸⁾. Lo stesso nome "sifilide" è di origine fracastoriana e deriva da Sifilo, un inquieto pastore del poema *Siphilis sive de morbo gallico*⁽²⁹⁾ dove il grande umanista e medico veronese illustra i principali motivi che connotano questa malattia di cui si rifiuta l'origine americana e che viene attribuita a "semina morborum"⁽³⁰⁾. Ma Fracastoro che non si limita a riflettere in merito agli aspetti biologici del contagio, ricorda anche, con parole accorate, il clima di cupa malinconia che accompagna chi è stato colpito dal male, con la perdita di tutti quei valori che sono propri della salute, mentre per la guarigione non dimentica di suggerire regole di vita sobria che comprendono il lavoro e la fatica.

La sifilide non è l'unico contagio che soffia nella prima Età Moderna: è necessario, infatti, difendersi da altri mali, quali il tifo esantematico che si fa sentire fin dai tempi biblici⁽³¹⁾ o dalla stessa "peste vera" che non dà tregua anche se bisogna aspettare il 1576 e il 1630 perché divampi con quella violenza che evoca la moria del tempo di Giustiniano o di Petrarca mettendo a dura prova l'autorità civile impegnata nel limitare la diffusione del contagio. Un tempo segnato da palesi asperità fra il sapere della medicina⁽³²⁾ e le aspettative degli uffici di sanità pubblica⁽³³⁾ mentre la sensibilità collettiva è plasmata da confuse suggestioni magiche intrecciando superstizione e religione, naturalismo ed astrologia. Ricercando la causa ultima del male, si postula l'intervento di Dio, che in-

tende punire i mortali per i loro peccati, incentivando alla luce di questa interpretazione oscuri sensi di colpa e promuovendo processioni e pratiche liturgiche con intenti riparatori. Si ritiene, in quel tempo, che le streghe possano generare ogni malattia⁽³⁴⁾. Compare il personaggio dell'untore. Corrono gli anni della Riforma e della Controriforma. Ma, proprio in questo tempo di accese conflittualità, non mancano impulsi al rinnovamento assistenziale che prende forma grazie ad associazioni di laici ed ecclesiastici - si pensi alle Compagnie del Divino Amore - che testimoniano la loro spiritualità ed il loro ascetismo impegnandosi nell'accudire infermi ed incurabili. Nel 1576 sono colpite molte grandi città come Milano e Venezia. A Milano la pestilenza di quel tragico anno viene designata come peste di s. Carlo in quanto questo santo vescovo, in una città terrorizzata dove chi può fuggire si allontana, si prodiga nell'aiuto materiale e spirituale fornito alla propria diocesi⁽³⁵⁾. Anche a Venezia, preoccupata come sempre per l'ingombrante vicinanza del Turco, la situazione è tesa e la magistratura sanitaria è quanto mai vigile; l'opera dei monatti è allora circondata da un alone di sospetto che riflette le sotterranee paure del tempo⁽³⁶⁾. Ma è nella pestilenza del 1630 che il personaggio del monatto diventa l'inquietante responsabile della peste manufatta. La peste del 1630 è la peste manzoniana illustrata nelle pagine indimenticabili dei *Promessi Sposi*, un romanzo arricchito in Appendice dalla *Storia della colonna infame*⁽³⁷⁾ che ricorda la ferocia con cui la 'Giustizia', ricorrendo alla tortura, ha inferito su due poveri untori.

Come è noto, Pietro Verri⁽³⁸⁾ oltre un secolo dopo, in pieno illuminismo, ricorderà lo squallido comportamento di questa magistratura che non sempre serviva la giustizia. Paolo Preto⁽³⁹⁾, tuttavia, parlando degli untori invita a non generalizzare e ricorda come non siano mancate unzioni scherzose, di pessimo gusto, ma forse anche 'disattenzioni' nello spargere indumenti infetti da parte dei monatti stessi desiderosi di continuare il loro lavoro. Si è anche ipotizzato che la severità contro gli untori non fosse estranea a qualche aspettativa "politica" da parte del Senato ansioso di affermare il proprio potere: bisognava, insomma, trovare qualche colpevole per tranquillizzare l'opinione pubblica. In ogni modo, paure e violenze, sia personali che pubbliche, esprimono il clima di assoluta irrazionalità che accompagnava l'epidemia. Accanto alle pagine di Manzoni, una suggestiva narrazione in merito a quel tempo è fornita dal veronese Francesco Pona: un testimone oculare anche se nel momento in cui il contagio infuriava con la maggiore violenza si era prudentemente barricato in casa⁽⁴⁰⁾. Ogni motivo che connota il male è messo a fuoco da Pona: le seggiole, le barche e le carrette per condurre i malati al lazzaretto o per trasportare i cadaveri; il clima delirante che soffia con insistenza in quanto non solo il corpo è colpito ma le stesse "facoltà dell'Anima" sono travolte. Sono, del resto, contagiati bambini, adulti e vecchi, senza regola alcuna, tanto da dover concludere che "la Natura della Peste è incomprensibile". La sola "divozione del Santissimo Rosario" si è rivelata un potente "Antidoto ... contro il Morbo"⁽⁴¹⁾. Un momento, senza dubbio, inquietante tanto che lo stesso fascino femminile è velato da ombre; scrive Pona:

"Le Donne, caduchi ligustri del giardino della Natura perduto il supremo vanto, ch'è l'amorosa attrattiva, parevano fiori abbattuti dall'ingiuria del Vento ... languendo in loro non che lo sguardo ... ma la bellezza, il calore e quasi la Vita"⁽⁴²⁾.

Suggestiva è anche la cronaca della peste di Londra del 1665 composta da Defoe nel 1722 sulla base di qualche testimonianza arricchita, come nota

Elio Vittorini, da una brillante fantasia storica. L'angoscia, il dubbio ossessivo se fuggire o non fuggire, la paura delle comete, l'incalzare delle superstizioni, le illusioni che sconfinano in allucinazioni vere e proprie, comportamenti bizzarri e via dicendo, sono tutti elementi messi a fuoco da Defoe per raccontare delle follie che movimentano la vita quando soffia il contagio⁽⁴³⁾. Mentre Defoe illustra, con accorata partecipazione, gli aspetti emotivi ed irrazionali che accompagnano l'epidemia, Lodovico Antonio Muratori pubblica, quasi per concludere la triste vicenda della peste seicentesca, un celebre saggio – *Del governo della peste. E delle maniere di guardarsene* – dove, dopo aver ricordato che "l'Infezione del genere Umano non rade volte è stata preceduta da quella dei Brutti", afferma di aver voluto elaborare un "Trattato Popolare" che fosse di reale utilità per tutti. Con illuminato equilibrio, Muratori distingue poi il proprio saggio in tre parti con oggetto il "Governo Politico" della peste, il "Governo Medico" e da ultimo il "Governo Ecclesiastico"⁽⁴⁴⁾. La civetta di Athena compare sempre al tramonto. Dopo le morie del Seicento la peste va, infatti, spegnendosi, pur senza scomparire, con un'ultima impennata epidemica a Marsiglia nel 1720.

Nel '700 non è più la peste ma il vaiolo l'epidemia del secolo che si troverà al centro di tanti dibattiti coinvolgendo non solo epidemiologi e medici. Il vaiolo, una malattia contagiosa dall'elevata mortalità, lascia, del resto, cicatrici indelebili che deturpano il volto, con palese rammarico da parte femminile. E, forse, proprio la preoccupazione per la tutela della bellezza ha avuto qualche ruolo nel promuovere la pratica dell'innesto in modo da proteggere chi non era ancora stato raggiunto dal male. Illuminanti, al proposito, le osservazioni di Mary Wortley Montagu che in una lettera datata Adrianopoli 1 aprile 1717, dopo aver raccontato di aver attraversato alcuni paesi colpiti dalla peste, descrive, con grande precisione, la pratica dell'innesto commentando che il vaiolo, "così diffuso e fatale da noi", in Turchia è stato reso innocuo proprio grazie all'innesto⁽⁴⁵⁾. Lady Montagu lo fece eseguire nella propria figlia divulgando l'episodio du-

rante l'epidemia di vaiolo che nel 1721 colpì l'Inghilterra. Con Lady Montagu lo spirito dell'illuminismo scaccia le ombre che, nel secolo precedente, oscuravano la ragione. Lungo il '700 la pratica dell'innesto si diffonde in molti paesi europei ma Tissot, pur ritenendo questo intervento il "solo mezzo sicuro di tener lontano ogni pericolo" di contrarre il vaiolo, fa notare che si tratta di una procedura complicata praticabile solo "in quei Paesi dove s'ensi fondati degli ospedali a cagion dell'innesto"⁽⁴⁶⁾. La lotta contro il vaiolo diventa, comunque, più incisiva dopo l'avvento della vaccinazione proposta da Edward Jenner che per la prima volta la esegue nel bambino James Phipps⁽⁴⁷⁾. Nei primi anni in cui la vaccinazione va diffondendosi, per promuoverne il consenso, si registrano e si divulgano i casi di celebri personaggi che vi sono ricorsi: ben nota la vaccinazione di Giuseppino, il figlio dell'incantevole Isabella Teotochi Albrizzi⁽⁴⁸⁾. Non mancano peraltro polemiche e resistenze. Benedetto Croce⁽⁴⁹⁾ ricorda l'ostilità del Papa, perplesso per la mescolanza delle linfe animali con quelle umane che la vaccinazione comporta. Si erano poi osservati alcuni casi di persone vaccinate ma ugualmente colpite dal vaiolo: non era, infatti, stata ancora chiarita l'opportunità dei richiami. Nonostante qualche difficoltà, grazie alla sinergia fra medicina e sanità pubblica, la lotta contro il vaiolo è stata una grande vittoria della medicina contemporanea⁽⁵⁰⁾. Commenta Giorgio Cosmacini che la vaccinazione "è stata la più efficace arma di difesa contro le malattie infettive fino all'epoca dei moderni antibiotici"⁽⁵¹⁾.

Lungo l'Ottocento il vaiolo non è il solo problema con cui deve misurarsi la medicina: grande rilevanza, anche dottrinale, compete al colera dove si fronteggiano contagionisti e non contagionisti⁽⁵²⁾ fino a quando viene individuato l'agente che lo provoca - il vibrione del colera - che per la prima volta fu visto da Pacini durante l'epidemia del 1854-55 in Firenze grazie ad osservazioni microscopiche sul contenuto intestinale di colerosi deceduti. L'individuazione dell'origine microbica del contagio ebbe però adeguata risonanza solo qualche anno dopo quan-



Fig. 4 Vaiuolo confluyente. (Jean-Louis Alibert, *Clinica del parigino ospedale di S.Luigi*, ed. it., Venezia, Antonelli, 1835, Tav. 8).

do Koch visualizzò il vibrione in Egitto e riuscì a coltivarlo nel 1884. Il colera pur non comportando l'elevata mortalità della peste fu però accompagnato da tensioni, pregiudizi ed angosce collettive che resero difficili gli stessi interventi della sanità pubblica volta ad arginarlo e combatterlo. Pregiudizi e superstizioni furono quanto mai diffusi, sia prima che dopo la scoperta del vibrione, soprattutto nell'Italia meridionale e, in particolare, in Sicilia dove nell'immaginario popolare il colera fu identificato con qualche veleno che sarebbe stato disseminato dal governo con intento di controllo demografico, per ridurre il numero esorbitante dei poveri. Si era, infatti, rilevata una mortalità differenziata fra i poveri e gli appartenenti alla classe agiata, fantasticando, in epoca borbonica, che lo stesso sovrano si aggirasse fra gli avvelenatori per incoraggiarli nella loro opera. In altre parole si ipotizzava una connivenza fra il governo, i medici e i ricchi. Gli stessi liberali spinti da ideali patriottici e risorgimentali avevano tentato di cavalcare l'equivoco colera-veleno per provocare qualche sommossa. Questa intricata vicenda di lotta di classe e di patriottismo è stata ben riassunta da Paolo Preto⁽⁵³⁾ e da Eugenia Tognotti⁽⁵⁴⁾; ma delle folle suscitate dal colera nel Meridione parlano anche grandi letterati del secolo scorso quali Verga⁽⁵⁵⁾, Capuana⁽⁵⁶⁾ e

De Amicis⁽⁵⁷⁾. Inquietante l'atmosfera che circola nella thomasmanniana *Morte a Venezia*,⁽⁵⁸⁾ dove, fra reticenza e sospetto, serpeggia, all'ombra del colera, ogni forma di disordine civile. In ogni modo, le opere igieniche di bonifica urbana e la scoperta della possibilità di un vaccino, per quanto di breve durata, hanno permesso di ridimensionare il contagio coleroso che, peraltro, si è fatto sentire anche durante la Grande Guerra ma senza provocare i guasti del passato, anche se, al proposito, Lussu ama ironizzare chiedendosi: "Che cos'è il colera di fronte al fuoco d'infilata di una mitragliatrice?"⁽⁵⁹⁾.

Al tempo della Grande Guerra, piuttosto che il colera, è stata la spagnola⁽⁶⁰⁾, una violenta febbre influenzale, che ha mietuto un gran numero di vittime diffondendosi in una popolazione per lo più denutrita dove la stessa tubercolosi polmonare⁽⁶¹⁾ era in drammatico aumento. La designazione "spagnola", per quanto l'epidemia fosse di origine americana, è dovuta alla tempestiva segnalazione del male da parte della stampa iberica; nel 1918, quando il contagio si è fatto sentire, la Spagna, infatti, non era in guerra a differenza degli altri paesi europei dove vigeva una rigorosa censura. Sul ruolo della "spagnola" in merito all'andamento ed alla conclusione della Grande Guerra è stato versato molto inchiostro; al di là delle più diverse ipotesi si deve, comunque, prendere atto che questa influenza ha sterminato milioni di persone, in triste gara con il numero dei caduti in combattimento. Paolo Preto⁽⁶²⁾ ricorda come in quel tempo, tempo di censura, fossero affiorate, come sempre, ipotesi irrazionali che ora attribuivano l'epidemia all'opera del nemico – lo straniero – ed ora al fronte interno turbato per l' 'inutile strage'. Dopo la "spagnola", altre febbri influenzali hanno colpito lungo il '900 ma con un'incisività più modesta rispetto alla pandemia del 1918.

In età contemporanea nuovi contagi - accanto al colera, alla spagnola etc. - si sono fatti sentire: particolarmente preoccupante è stato l'Aids. Mirko D. Grmek, autore di un dettagliato saggio sulla questione, accompagna il lettore lungo il complesso ed intricato sen-

tiero conoscitivo che ha movimentato la vicenda di questo contagio che si è imposto all'attenzione degli studiosi nei primi anni '80 del Novecento. L'infezione, veicolata con lo sperma e con il sangue, ha colpito quanto prima omosessuali e tossicodipendenti che usavano siringhe non pulite, ma senza grandi ritardi è stata diagnosticata in pazienti eterosessuali o bisognosi di qualche trasfusione; New York, San Francisco, Haiti e l'Africa sono stati i centri in cui il male è stato tempestivamente segnalato e da cui è andato diffondendosi. Omosessualità, tossicodipendenza e sangue - fattori che invitano alla metafora - hanno acceso quanto prima pregiudizi di ordine morale con "ondate di isteria collettiva" di fronte a questa infezione legata alla liberalizzazione dei costumi ed alla globalizzazione dei movimenti. Non sono mancati i conflitti fra i rispettivi centri di ricerca in quanto intorno all'identificazione del virus ruotavano palesi interessi economici legati alla possibilità di elaborare una diagnosi sierologica ma anche alla possibilità di avere un vaccino a disposizione. Sono affiorate anche interpretazioni fantasiose da parte di chi riteneva che l'epidemia fosse l'espressione di una guerra biologica finanziata dalla CIA. Nel 1985 si è, addirittura, affermato, "con certezza", come il virus dall'Aids altro non fosse che "un prodotto legato alla preparazione della guerra biologica"⁽⁶³⁾.

L'Aids ha suscitato molte inquietudini perché con la sua improvvisa e subdola comparsa ha rivelato tanti limiti della medicina sia per quanto interessa l'inquadramento diagnostico sia in merito alle possibili terapie. Si trattava, peraltro, di difficoltà modeste se si pone mente alle inquietudini ed ai disagi che, nei giorni correnti, sono legati al Covid. Per quanto alla comparsa del contagio non fosse mancata, come sempre, qualche fantasia fuorviante, è stato però possibile combatterla grazie all'opera di informazione, precisa e tempestiva, quotidianamente divulgata da parte dell'autorità sanitaria di ogni Paese. L'irrazionale aggressività dei "No-Vax" ricorda, peraltro, che solo un velo sottile di ragionevolezza copre l'animo umano. La elevata mortalità ne fa un'epidemia che ricorda le conseguenze della

spagnola e della pestilenza dell'età di Boccaccio e di Pona quando cordoni sanitari e quarantene tendevano ad arginare, per quanto possibile, la diffusione del contagio. Osservando i limiti che le regole di quarantena pongono oggi alla libertà individuale, Francesco Valeriani ricorda come l'uomo sia "un ente gruppale"⁽⁶⁴⁾, bisognoso di scambi interpersonali volti ad aumentare la speranza, auspicando una corretta flessibilità degli inevitabili divieti. L'isolamento è, infatti, accompagnato da molteplici difficoltà, come ricorda Silvio Fasullo⁽⁶⁵⁾ che pone l'accento sullo smarrimento che può colpire tanti giovani studenti che, isolati, perdono ogni motivazione allo studio pregiudicando il proprio futuro; una sventura sociale che va di pari passo con la morte dei vecchi accolti nelle case di riposo o nelle residenze assistite. Una singolare proposta per ridurre la mortalità differenziata che, in Svezia ma anche in altri Paesi, ha colpito gli immigrati rispetto ai nativi è stata avanzata suggerendo un incremento della telemedicina, almeno in un paese fortemente digitalizzato come la Svezia⁽⁶⁶⁾. Si tratta, peraltro, di una pratica che pone qualche perplessità - almeno, nello scrivente - in quanto elude il rapporto diretto medico-paziente, così come viene tradizionalmente inteso; ma si tratta di pratica alla quale, in futuro, sarà sempre più necessario ricorrere. L'uomo malato, giovane o vecchio, svapora ormai nel virtuale. L'equilibrio psichico, turbato in ogni epidemia, ne ha risentito anche a causa del Covid: disturbi post-traumatici da stress sono stati rilevati non solo in pazienti che avevano vissuto l'esperienza della rianimazione ma anche presso lo stesso personale d'assistenza⁽⁶⁷⁾. Un tempo difficile perché non si può sapere quanto dureranno le restrizioni correnti e per quanto riguarda il futuro si ravvisa la necessità di migliorare il funzionamento di ogni struttura sanitaria⁽⁶⁸⁾.

Questa rapida carrellata attraverso le epidemie che, dal tempo dell'*Iliade* fino all'esordio del terzo Millennio, hanno colpito l'Occidente reclama qualche commento: innanzi tutto, in merito alla diagnosi dei ricorrenti contagi, si deve rilevare che, dopo l'avvento della microbiologia e del microscopio elettronico, le varie epidemie sono state

individuate e designate sulla base dei criteri di visibilità oggi correnti; in passato si faceva, invece, riferimento al profilo sindromico interpretando, per lo più, i vari disturbi in chiave umorale. Ma, nonostante la mutevolezza dei modelli scientifici di riferimento, la risposta emotiva al contagio non è molto mutata. Mentre per i disturbi ad andamento cronico, quali la lebbra e la tubercolosi, la lunga durata del male e le sue espressioni, più o meno coinvolgenti, hanno suscitato sentimenti di meditando dolore e di repulsione, nelle epidemie acute l'incombere improvviso della morte è stato invece accompagnato da crisi di angoscia personale e da timori collettivi dovuti alla sostanziale oscurità del contagio. Vi è, infatti, il bisogno, insito nella natura umana, di trovare per ogni problema una possibile interpretazione comprensibile. Ma quando ogni evidenza naturalistica sfuggiva si invocava il cielo, alla maniera di Procopio di Cesarea o di Francesco Pona, o il governo, come in età borbonica. Bisognava, comunque, individuare un capro espiatorio: l'ebreo, l'untore, il medico avvelenatore o il nemico, tanto più nemico se straniero. La paura è stata l'incessante motore di ogni irrazionalità aggravata dall'isolamento che impedisce il dialogo ed esaspera la solitudine. Ma, fra tante incertezze, la bonifica igienica, le pratiche di vaccinazione, i cordoni sanitari e la quarantena hanno svolto, per quanto possibile, una vera e propria tutela della salute. Ancor oggi è indispensabile fare riferimento a queste pratiche anche se l'orizzonte è inesplorabile: le mutazioni del virus e la globalità delle migrazioni pongono non pochi problemi.

Ed ancora, la storia delle epidemie, accanto ai problemi igienici e finanziari che ne segnano il percorso, pone sul tappeto la questione, davvero fondamentale, legata all'urgere della morte che, inaspettatamente, invita a riflettere sul senso stesso dell'esistenza. Vivere, come insegna Heidegger, altro non è che "essere- per- la- morte"⁽⁶⁹⁾ ma questo inevitabile traguardo viene per lo più posto fra parentesi ed accantonato fino a quando il clima epidemico, con la paura della morte che gli è propria, ne svela la inevitabile e perentoria coerenza. Questa paura,

peraltro, mostra nelle varie culture toni differenti plasmati da concezioni metafisiche mutevoli. Una mutevolezza che invita a non interpretare, ricorrendo alle stesse lenti, fenomeni emotivi radicati in visioni del mondo non omogenee. Al tempo dell'*Iliade*, quando gli Dei camminavano ancora fra i mortali, il bisogno espiatorio per il peccato di dismisura di Agamennone va di pari passo con l'angoscia suscitata dalla pestilenza e reclama un'ecatombe. Differente la posizione di Tucidide che, su posizioni laiche, descrive con precisione il turbamento emozionale, sia individuale che collettivo, di fronte al contagio ma nei confronti degli oracoli ha un atteggiamento di scettica perplessità. In Lucrezio, che si ispira a Tucidide, la descrizione della peste di Atene, connotata da caotiche sepolture e dall'angoscia dei sopravvissuti, conclude il suo celebre poema: un monito che invita al distacco epicureo perché tutto è vano, tutto è destinato a finire sotto terra. Decisamente altra è la sensibilità di Procopio di Cesarea che attribuisce il contagio al volere del Cielo: al suo sguardo questa tragedia è inspiegabile, tanto più che i peggiori fra i cittadini sembrano essere i meno colpiti dal male. Quando alcuni secoli dopo, al tempo di Petrarca, soffia nuovamente il vento della pestilenza il male è ancora una volta attribuito al volere del Cielo ma l'angoscia che lo accompagna è sostanzialmente da un bisogno espiatorio radicale, testimoniato dalla valorizzazione delle processioni e dal comportamento dei flagellanti: si tratta di un aspetto che connota in maniera profonda il cristianesimo⁽⁷⁰⁾. Un motivo che si farà sentire anche in altre pestilenze, come in quella di s. Carlo. Ma, per dire della pestilenza che scandisce la fine del Medioevo, la risposta alla paura della morte non si esaurisce in tutte quelle pratiche liturgiche che affondano le proprie radici nel senso i colpa: Boccaccio, per esempio, propone una soluzione dove l'angoscia per la morte si trasforma per diventare un esplicito richiamo alla vita⁽⁷¹⁾. Un nuovo sentire affiora poi nel primo Rinascimento quando, con la diffusione della sifilide, l'angoscia ha per oggetto lo smarrimento della salute e di ogni fascino terreno. Le stesse epidemie di vaiolo, che imperversano lungo l'età moderna e quella contem-

poranea, con le cicatrici deturpanti che non di rado marcano in maniera indelebile il volto dei sopravvissuti sono accompagnate da un turbamento tutto terreno, estraneo alle preoccupazioni per il destino dell'anima. Ed infine, osservando le epidemie di colera, si deve prendere atto che lo sguardo non è più rivolto al cielo ma è ormai caduto a terra: paure, lotta di classe, diffidenza verso le regole di prevenzione promosse dai governi si intrecciano plasmando l'ansia che inevitabilmente il contagio suscita. Anche oggi, al tempo del Covid, l'angoscia strisciante che accompagna le mutevoli ma incalzanti regole di prevenzione ha un sapore eminentemente terreno ed è accompagnata da ombre che, sempre più fitte, oscurano le regole di vita del passato: non vi sono più confini; nella divulgazione delle notizie prevalgono quelle inquietanti; l'incontro umano è spesso ridotto al dialogo mediato da immagini virtuali. Tutto invita a pensare che il Covid abbia accelerato al fine di un'epoca.

Note e bibliografia

1. *Illiade*, lib.I, v. 9 e seg.
2. Tucide, *La guerra del Peloponneso*, lib. II, 47-54.
3. Lucrezio, *De rerum natura*, VI, 1090 e seg.
4. Ippocrate, *Le epidemie*, lib. I, in *Opere*, a cura di Mario Vegetti, Torino, UTET, 1976, pp. 328, 355.
5. Galeni *De differentiis febrium*, cap. 4, in *Omnia Opera Secunda Classis*, Venetiis, Apud Vincentium Valgrisi, 1562, carta 30 v. G.
6. Aulo Cornelio Celso, *Della medicina*, lib. I, 10, trad. Angiolo Del Lungo, Firenze, Sansoni, 1985, p. 44 e seg.
7. W. H. McNeill, *La peste nella storia. Epidemie, morbi e contagio dall'antichità all'età contemporanea*, trd. Laura Comoglio, Torino, Einaudi, 1981, pp. 104 e seg. Anche Santo Mazzarino ribadisce il ruolo della pestilenza che, accanto ad altri fattori, ha provocato la fine dell'impero di Roma. (Santo Mazzarino, *La fine del mondo antico*, Milano, BUR, 2002, p. 137)
8. Procopio di Cesarea, *La guerra persiana*, lib. II, 22-23.
9. Klaus Bergdolt, *La peste nera e la fine del Medioevo*, trad. Anna Frison, Casale Monferrato (AL), Piemme, 1997, pp. 16, 47 e seg. Il 1347 è l'anno in cui di può collocare il primo esempio di guerra batteriologica quando a Kaffa - una colonia genovese - i Mongoli hanno gettato cadaveri morti per peste entro le mura della città assediata (Henri H. Mollaret, *Presentazione della Peste*, in *Venezia e la Peste*, Venezia, Marsilio, 1979, pp. 11-17).
10. La lebbra è stata presente lungo tutto il Medioevo quando questi malati erano

- confinati in lebbrosari che la peste nera contribuì a spopolare (W. H. McNeill, *La peste nella storia*, cit., p. 158). Intesa come simbolo di peccato, la lebbra comportava l'isolamento che, verosimilmente, ne favorì la scomparsa (Françoise Bériac, *La paura della lebbra*, in *Per una storia delle malattie*, a cura di Jacques Le Goff e Jean-Charles Sournia, trad. Nicola Coviello et Al., Bari, Edizioni Dedalo, 1986, pp. 173-194).
11. Sul complesso intreccio fra magia, superstizione e religione in merito alle guarigioni delle scrofole - un intreccio che connota tante condizioni morbose, peste compresa - si veda: Marc Bloch, *I re taumaturghi*, trad. Silvestro Lega, Torino, Einaudi, 1973.
 12. Jacques Le Goff, Nicolas Truong, *Il corpo nel Medioevo*, trad. Fausta Cataldi Villari, Bari, Laterza, 2003.
 13. Millord Meiss osserva come, intorno alla metà del '300, fosse affiorato in Toscana un particolare interesse per la figura di Giobbe colpito da una sintomatologia che - a suo avviso - evocava la peste. Anche il culto di s. Sebastiano, dove le frecce sono intese come simbolo di pestilenza, va diffondendosi dopo il 1348. (Millord Meiss, *Pittura a Firenze e Siena dopo la Morte Nera*, trad. Laura Lovisetti Fuà e Mirko Tavoni, Torino, Einaudi, 1982, pp. 101, 118).
 14. Il gusto per il macabro precede il 1348, ma la pestilenza lo ha incoraggiato incentivando un ciclo figurativo che attraversa l'Età moderna per raggiungere la contemporaneità, affiancandosi alle più diverse rappresentazioni che hanno per oggetto la morte che incombe su ogni attività umana (Franco Cardini, *Nota sulla tradizione della Danza Macabra*, in *Immagini della danza macabra nella cultura occidentale dal Medioevo al Novecento*, a cura di Guglielmo Invernizzi e Nicoletta Della Casa, Como, Nodolibri, 1996, pp. 21-32. Si vedano anche: *Heilberufe und Totentanz*, Düsseldorf, Stadt-Sparkasse, 1986; Reinhold Böhm, *Der Füssener Totentanz*, Füsse, Historische Verein Alt Füssen e V., 1990; *Rappresentazioni del destino. Immagini della vita e della morte dal XV al XIX secolo nelle stampe della Raccolta Bertarelli*, a cura di Giovanna Mori e Claudio Salsi, Milano, Mazzotta, 2001).
 15. Boezio aveva sottolineato la caducità della bellezza del corpo che se ne va con la rapidità dei fiori di primavera (Severino Boezio, *Della consolazione della filosofia*, lib. III, 8, trad. Benedetto Varchi Venezia, Piacentini, 1737, p. 75).
 16. Gilberto da Tournai, nelle sue prediche dal sapore esemplare contro gli inganni della carne, fa eco a Boezio e a s. Bernardo (Gilberto da Tournai, *Terza predica alle donne sposate*, in *Prediche alle donne del secolo XIII*, a cura di Carla Casagrande, Milano, Bompiani 1978, p. 66).
 17. Klaus Bergdolt, *La peste nera e la fine del Medioevo*, cit., pp. 164-227.
 18. Loris Premuda, *Storia della quarantena nei porti italiani*, «Acta Medicae Historiae Patavina», XXIII (1976-1977), pp. 45-64; Klaus Bergdolt, *La peste nera e la fine del Medioevo*, cit., p.34.
 19. Klaus Bergdolt, *La peste nera e la fine del Medioevo*, cit., pp. 151, 163.
 20. Francesco Petrarca, *Sonetti e canzoni in morte di Laura*, IV, in *Le rime di Francesco*

Petrarca, a cura di Giacomo Leopardi, Firenze, Passigli, 1839, p. 835.

21. Giovanni Boccaccio, *Decameron*, in *Opere*, a cura di Bruno Maier, Bologna, Zanichelli, 1967, pp. 92-108.
22. Il numero sette allude alla totalità; è, infatti, la risultante del quattro, che indica i punti cardinali, a cui si aggiunge il sopra e il sotto con il 'centro'. (Ernst Cassirer, *Filosofia delle forme simboliche*, trad. Eraldo Arnaud, Firenze, La nuova Italia, 1966, vol. II, pp. 208-209).
23. Petro da Tossignano, *Consiglio per la peste*, in Iohannes de Ketham, *Fascicolo de medicina in volgare*, Venezia, Zuane et Gregorio di Gregorii, 1493.
24. William H. McNeill, *La peste nella storia*, cit., pp. 184 e seg.
25. Gaetano Thiene, *Scoperta dell'America e diffusione della sifilide in Europa (1492-1494) nel Sulla storia dei mali venerei di Domenico Thiene (1823)*, in *Girolamo Fracastoro. Fra medicina, filosofia e scienze della natura*, a cura di Alessandro Pastore e Enrico Peruzzi, Firenze, Olschki, 2006, pp. 311-319.
26. Pietro Aretino, *i ragionamenti*, con Premessa di Roberto Roversi, Bologna, Sampietro, 1965, p. 20.
27. Desiderio Erasmo da Rotterdam, *I colloqui*, a cura di Gian Piero Brega, Milano, Feltrinelli, 1959, pp. 167-168.
28. Fra tanti scritti e saggi dedicati a Fracastoro, si ricorda la memoria di Giuseppe Saitta, *Il pensiero di Girolamo Fracastoro*, «Atti e Memorie della Reale Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona», vol. XX (1941-1942), pp. 155-193. Si vedano anche: Luciano Bonuzzi, *Lo sfumato contesto del Syphilis fraccastoriano*, in *Intorno alla sifilide. Un incontro tra Storia e Malattia*, a cura di Antonio Tagarelli e Anna Piro, San Giovanni in Fiore (CS), Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Bioimmagini e Fisiologia Molecolare, 2021, I, pp. 273-280; Alessandro Roccasalva, *Girolamo Fracastoro: nascita della moderna teoria sul contagio*, lb., pp. 285-300.
29. Hieronymi Fracastorii *Siphilidis sive morbi galici liber tres*, in *Opera Omnia*, Venetiis, apud Iuntas, 1574, fo. 170.
30. Nel primo verso del poema sulla sifilide Fracastoro parla di «*semina morborum*»: una designazione che rimanda a Lucrezio del quale Poggio Bracciolini aveva riscoperto, a Fulda nel 1417, il codice del *De rerum natura*. (Loris Premuda, *Pensiero e dottrina di Girolamo Fracastoro a quattrocento anni dalla morte*, in *Da Fracastoro al Novecento. Mezzo millennio di medicina tra Padova, Trieste e Vienna*, con Prefazione di Gilberto Muraro, Padova, La Garangola, 1996, pp. 29-39). Fracastoro chiarisce che si tratta di agenti vivi, differenti dei veleni.
31. Per la storia del tifo esantematico si veda: Giuseppe Penso, *La conquista del mondo invisibile. Parassiti e microbi nella storia della civiltà*, Milano, Feltrinelli, 1973, p. 25. Non è sempre facile, prima dell'avvento della microbiologia, distinguere, sulla base di quanto riferito dai cronisti, quando si tratti di peste vera o di tifo esantematico; si veda, ad esempio, Bernhard Schretter, *Epidemie nella storia del Tirolo*, in *San Procolo a Naturno. La storia attraverso gli scavi. Gli uomini dell'alto medioevo e del*

- tempo della peste, Lana (BZ), Tappeiner S.p.A., 1991, p. 64.
32. Andreina Zitelli e Richard J. Palmer, *Le teorie mediche sulla peste e il contesto veneziano*, in *Venezia e la Peste*, cit., pp. 21-28; Luciano Bonuzzi, *Medicina e sanità*, in *Storia di Venezia dalle origini alla caduta della Serenissima - Il Rinascimento Società ed Economia*, a cura di Alberto Tenenti e Ugo Tucci, Roma, Enciclopedia Italiana, 1996, vol. V, pp. 407-440.
 33. Illuminanti, al proposito, i pareri ed i comportamenti di Girolamo Mercuziale e di Girolamo Capodivacca che in tempo di peste vera ne banalizzavano la presenza (ib., p. 27).
 34. Heinrich Institor, Jakob Sprenger, *Il martello delle streghe*, II, cap. XI, a cura di Armando Verdigione, Padova, Marsilio, 1977 p. 239.
 35. A. Francesco La Cava, *La peste di S. Carlo vista da un medico*, con Prefazione di Antonio Cazzaniga, Milano, Hoepli, 1945. Per la peste in Lombardia, si vedano le testimonianze raccolte da Filippo Maria Ferro, *La peste nella cultura lombarda*, Milano, Electa, s. d.
 36. Paolo Preto, *Peste e società a Venezia nel 1576*, Vicenza, Neri Pozza, 1978, p. 38.
 37. Alessandro Manzoni, *Storia della colonna infame*, sta con *I promessi sposi*, Milano, Rizzoli, 1961. Manzoni nella *Storia della colonna infame* intende sottolineare la malafede dei magistrati, là dove Verri pone l'accento sull'irrazionalità della tortura.
 38. Pietro Verri, *Osservazioni sulla Tortura*, Milano, Rizzoli, 1961.
 39. Paolo Preto, *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, Bari, Laterza, 1987, pp. 59, 63, 69, 116.
 40. Francesco Pona, *Il gran contagio di Verona*, Verona, Merlo, 1631, p. 32. Si veda l'Introduzione di Gian Paolo Marchi per l'Edizione fotostatica (Verona, Centro per la formazione professionale grafica, 1972).
 41. Ib., pp. 24, 39, 27, 52, 101.
 42. Ib., p. 94.
 43. Daniel Defoe, *La peste di Londra*, a cura di Elio Vittorini, Milano, Bompiani, 1979.
 44. Lodovico Antonio Muratori, *Del governo della peste. E delle maniere di guardarsene*, Modena, Bartolomeo Solieni, 1722, pp. X, XXI. Nel 1720 anche Richard Mead pubblica una fortunata monografia, quanto prima tradotta in italiano, sulla prevenzione del contagio: valorizza la quarantena e raccomanda l'igiene personale, la pulizia delle merci e la purificazione dell'aria (Riccardo Mead, *Breve ragionamento sopra il contagio pestilenziale e sopra i metodi da mettersi in uso per prevenirlo*, trad. Giovanni Gentili, Firenze, Albrizzini, 1744).
 45. Mary Wortley Montagu, *Lettere orientali di una signora inglese*, con Introduzione di Anne Marie Moulin e Pierre Chuvin, Milano, il Saggiatore, 1984, pp. 160-163.
 46. Simon André Tissot, *Avvertimenti al popolo sopra la sua salute*, a cura di Giampaolo Pellegrini, Venezia, Zatta, 1780, vol. I, p. 131.
 47. Giuseppe Penso, *La conquista del mondo invisibile*, cit., pp. 248-250.
 48. L'evento è ricordato dal curatore dell'edizione italiana del trattato di dermatologia di Alibert. (Jean-Louis Alibert, *Clinica del parigino spedale di S. Luigi, ossia trattato compiuto delle malattie della pelle*, ed. it. a cura di M. G. Levi, Venezia, Antonelli, 1835, p. 90). Sulla vaccinazione di Giuseppino si veda anche: Cesare Musatti, *Isabella Teotochi Albrizzi e la prima vaccinazione in Venezia*, Padova, Dell'Ancona, 1880.
 49. Benedetto Croce, *Storia d'Europa nel secolo decimono*, Bari, Laterza, 1965, p. 59.
 50. Per la lotta contro "le prevenzioni popolari della vaccina" si veda: Vaccina, in *Dizionario compendioso delle scienze mediche*, ed. it., Venezia, Antonelli, 1830, tomo XVII, parte I, pp. 147-162.
 51. Giorgio Cosmacini, *Presentazione*, in *Il vaiolo e la vaccinazione in Italia*, a cura di Antonio Tagarelli, Anna Piro, W. Pasini, Villa Verucchio (RN), Consiglio Nazionale delle Ricerche - World Health Organisation, 2004, I, p. 15.
 52. Le posizioni dei contagionisti, che ponevano l'accento sulla trasmissione interumana del contagio erano difese soprattutto dai governi dell'area del Mediterraneo, mentre il punto di vista degli epidemisti, che facevano riferimento a miasmi e corruzione dell'aria, era fatto proprio dai governi liberali e, in particolare, dall'Inghilterra (Eugenia Tognotti, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Prefazione di Giovanni Berlinguer, Bari, Laterza, 2000, pp. 37, 186-187).
 53. Paolo Preto, *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, cit., pp. 121 e seg.
 54. Eugenia Tognotti, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, cit., p. 233.
 55. Ne *I Malavoglia* Verga, in pagine struggenti, descrive tutti i motivi, reali e immaginari, che ruotano intorno al colera: dal dubbio dell'unione alla solitudine nell'isolamento, né trascura le conseguenze economiche indotte dal contagio (Giovanni Verga, *I Malavoglia*, cap. XI, a cura di Corrado Simionini, Milano, 1974, pp. 208 e seg.). Qualche anno dopo la questione del colera ricompare in *Mastro - don Gesualdo* dove si inveisce contro "medici, preti e speziali" che per lucro lo diffonderebbero. (Id., *Mastro - don Gesualdo*, parte III, cap. II, Milano, Editori Riuniti, 1985, p. 219). Si veda pure la redazione elaborata per "Nuova Antologia" nell'edizione curata da Gian Paolo Marchi (Verona, Libreria Universitaria Editrice, 1989, pp. 182 e seg.).
 56. Anche Capuana descrive la tragedia del colera rilevando superstizioni ed irrazionalità che circolavano fra la gente che, dominata da fantasie politiche, lo interpretava come un provvedimento voluto dal governo "per scemare la troppa popolazione": "il povero Garibaldi" non può far nulla, Vittorio Emanuele deve cedere alle pressioni degli altri governi, il Papa stesso - "un ministro di Dio" - "faceva buttare il colera nè suoi stati" (Luigi Capuana, *Il medico dei poveri*, in *Racconti*, a cura di Enrico Ghidetti, Roma, Salerno, 1974, II, pp. 196-203).
 57. Ne "L'esercito italiano durante il colera del 1867" - un capitolo di *La vita militare* - De Amicis racconta della paura e della superstizione ma anche della violenza che circolavano in Sicilia durante l'epidemia mentre, non di rado, sindaci, medici, farmacisti e preti si erano allontanati dal proprio posto. Una turba inferocita di povera gente, identificando il colera con un veleno distribuito dal governo piemontese, aggrediva allora carabinieri e soldati per quanto impegnati nel contenere i molteplici disagi dovuti al contagio (Edmondo De Amicis, *La vita militare*, a cura di Lorenzo Sbragi, Club del Libro, Novara, 1972, pp. 287-252).
 58. Thomas Mann, *La morte a Venezia*, in *Romanzi Brevi*, trad. Emilio Castellani, Verona, Mondadori 1962, pp. 101-103.
 59. Emilio Lussu, *Un anno sull'Altipiano*, Torino, Einaudi, 2014, p. 112.
 60. Giuseppe Ferrari, *La Grande Guerra e l'influenza spagnola*, in *A due passi dal fronte. Città di retrovia e cultura urbana nel prisma della Grande Guerra*, a cura di Emilio Franzina e Mariano Nardello, Trebaseleghe, Tre Lune, 2018, pp. 623-644.
 61. Massimo Valsecchi, *La lunga guerra della tubercolosi*, in *A due passi dal fronte*, cit., pp. 645-656.
 62. Paolo Preto, *Epidemia, paura e politica nell'Italia moderna*, cit., pp. 251-253.
 63. Mirko D. Grmek, *Aids. Storia di una epidemia attuale*, trad. Claudio Milanesi, Bari, Laterza, 1989, pp. 5, 55, 97, 196. Si vedano anche: Giorgio Cosmacini, *La salute, la cura, la storia*, Milano, Missione Salute, 1994, pp. 66-67; Id., *La malattia. Immagini e realtà tra passato e futuro*, Milano, Missione Salute, 2005, pp. 49-60.
 64. Francesco Valeriani, *La patologia del linguaggio in un contesto pandemico*, "L'altro", 2 (2020), pp. 1-3.
 65. Silvio Fasullo, *Un invisibile Aprile*, "L'altro", 2 (2020), pp. 7-18.
 66. Giuseppe Valeriani, Iris Sarajic Vukovic, Ela Vukovic, Roberto Felizia, *L'applicazione degli strumenti della telemedicina durante la pandemia: l'esperienza svedese nella sensibilizzazione ed empowerment dei soggetti marginalizzati*, "L'altro", 2 (2020), pp. 19-25.
 67. Neil Greenberg, Laura Rafferty, *Post-traumatic stress disorder in the aftermath of COVID - 19 pandemic*, "World Psychiatry", 1 (2021), pp. 53-54.
 68. Juliane Holt-Lunsted, *A pandemic of social isolation?*, "World Psychiatry", 1 (2021), pp. 55-56.
 69. Martin Heidegger, *Essere e tempo*, trad. Pietro Chiodi, Milano, Fratelli Bocca, 1953, p. 265 e seg.
 70. Rudolf Otto, *Il Sacro*, trad. Ernesto Bonaiuti, Milano, Feltrinelli, 1966, p. 65.
 71. L'interesse per il macabro che, stimolato dalla pestilenza, affiora alla fine del Medioevo è il segno di un mutamento di sensibilità su cui hanno richiamato l'attenzione non pochi studiosi. Si veda: Johan Huizinga, *L'autunno del Medio Evo*, a cura di Eugenio Garin, Firenze, Sansoni, 1966, p. 190; Alberto Tenenti, *Il senso della morte e l'amore della vita nel Rinascimento (Francia e Italia)*, Torino, Einaudi, 1977, p. 424; Philippe Ariès, *Storia della morte in occidente, dal Medioevo ai giorni nostri*, trad. Simona Vigezzi, Milano, Rizzoli, 1978, p. 128. Si ricorda, al proposito, come il diffuso interesse per il macabro abbia favorito la rinascita anatomica spingendo la medicina verso nuovi sentieri conoscitivi.

Fig.1 - Girolamo Fracastoro: poeta della sfilide.

Fig.2 - Fede di sanità con l'autorizzazione a viaggiare.

Fig.3 - Fede di sanità con l'autorizzazione ad essere ospitato al di fuori del proprio territorio.

Fig.4 - Vaiuolo confluyente. (Jean-Louis Alibert, *Clinica del parigino spedale di S. Luigi*, ed. it. Venezia, Antonelli, 1835, Tav. 8).

Fig.5 - Sifilide Pustolosa a Grappolo. (Jean-Louis Alibert, *Clinica del parigino spedale di S. Luigi*, cit. Tav. 45).

Il tromboembolismo al tempo del Covid

Nuovo corso FNOMCeO-SISET

Il tromboembolismo venosi è salito alla ribalta delle cronache per alcuni rarissimi casi associati alla vaccinazione anti-Covid con vaccini a vettore virale e, prima ancora, per l'elevata tendenza dei pazienti con Covid a svilupparlo. Si tratta di una patologia che riveste grande rilevanza clinica, ma che assume, ora, una connotazione particolare.

A questo argomento è dedicato il nuovo corso di Formazione a distanza della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), messo in campo grazie al contributo fondamentale del Consiglio Direttivo della SISET, la Società italiana per lo Studio dell'Emostasi e della Trombosi. Il corso "Il tromboembolismo nell'epoca Covid-19" è disponibile gratui-

tamente sulla piattaforma FadInmed (www.fadimed.it), aperto ai medici e agli odontoiatri e accreditato per 5,3 crediti ECM, sarà on line per un anno a partire dal 15 ottobre prossimo. "In linea generale, gli eventi tromboembolici venosi occorsi in soggetti vaccinati con Vaxzevria e con il vaccino Janssen non sono risultati più frequenti rispetto a quelli attesi nella popolazione non vaccinata, spiega Paolo Gresele, Presidente SISET e Responsabile scientifico del corso.

Sono stati tuttavia accertati rari casi di eventi del tutto peculiari, caratterizzati da trombosi dei seni venosi cerebrali e/o trombosi delle vene splancniche, spesso associati alla presenza di trombi in sedi multiple e a piastrinopenia, con emorragie gravi e talvolta segni di coagulazione intravascolare disseminata. Questi eventi sono stati

osservati quasi esclusivamente entro circa tre settimane dalla vaccinazione prevalentemente in soggetti sani con età inferiore a 60 anni e per la maggior parte donne.

Da qui la raccomandazione all'uso dei vaccini a vettore virale sopra i 60 anni". "Il corso mira a fornire ai medici e agli odontoiatri competenze relative alla diagnosi clinica e strumentale e alla terapia del tromboembolismo venoso, in generale e con particolare riferimento ai pazienti con Covid e al post vaccinazione. L'obiettivo è dare a tutti gli iscritti le migliori informazioni attualmente disponibili per identificare precocemente e gestire nel modo più appropriato questo raro evento avverso dei vaccini a vettore virale, per prevenire e gestire le trombosi associate al covid e le recidive nella popolazione generale".

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

CONSULENTE FISCALE (Dott.ssa Graziella MANICARDI)

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

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

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

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

Covid o malanni di stagione? Arriva il corso on line che aiuta nella diagnosi differenziale

Riservato ai medici, erogherà 21,6 crediti ECM

Come distinguere il Covid dall'influenza? O da un'infezione batterica delle alte vie respiratorie?

Con l'autunno tornano i malanni di stagione, che possono presentare gli stessi sintomi del Covid: distinguerli diventa quindi cruciale. E questo sia per limitare la diffusione del Sars-CoV-2, sia per prescrivere in maniera appropriata gli antibiotici, tenendo sotto controllo il fenomeno della antimicrobicoresistenza.

È dedicato proprio alla **“Gestione delle infezioni delle vie respiratorie superiori in Medicina Generale in epoca COVID-19”** il nuovo corso di formazione a distanza della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici (Fnomceo), realizzato con il contributo del progetto Ampio Spettro -collaborazione scientifica tra l'Istituto Superiore di Sanità e l'Università di Cagliari - e on line da

domani, 16 ottobre, sulla piattaforma FadInMed. Gratuito come tutti i corsi offerti dalla Fnomceo, è accreditato per i medici, erogando 21,6 crediti ECM.

“Il fatto che COVID-19 si possa manifestare con sintomi e segni molto simili a quelli di un'infezione benigna stagionale o di un'infezione batterica delle alte vie respiratorie ha determinato un aumento notevole delle complessità gestionali, dilatando quindi in maniera rilevante l'area di incertezza clinica che i medici devono affrontare – spiega Guido Giustetto, componente del Comitato Centrale Fnomceo e corresponsabile scientifico del corso, insieme a Peter Kurotschka, Coordinatore progetto “Ampio Spettro”, e a Giuseppe Parisi Presidente della SIPeM, la Società italiana di Pedagogia medica -.

L'individuo deve essere curato non solo tenendo conto della prognosi individuale ma anche, e forse soprat-

tutto, tenendo conto della necessità di limitare la diffusione epidemica di SARS-CoV-2. Tutto ciò ha importanti ripercussioni anche sull'organizzazione delle cure primarie e sulla gestione del tempo da dedicare alle varie aree di patologia”. “Non dimentichiamo l'altro tema fondamentale nella cura delle infezioni delle prime vie respiratorie e cioè l'uso inappropriato degli antibiotici che porta a un aumento dei ceppi batterici resistenti – conclude Giustetto -.

Da queste premesse nasce l'esigenza di un percorso formativo che stimoli ad una migliore appropriatezza prescrittiva e possa, al tempo stesso, aiutare i medici ad aumentare la capacità di diagnosi differenziale tra COVID-19 e altre infezioni delle vie aeree superiori, migliorando in tal modo la capacità del sistema Italia di convivere con il nuovo Coronavirus”

Il corso (ID 335636) sarà fruibile online dal 16 ottobre 2021 al 15 ottobre 2022.

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.

Bilancio 2021: meglio del previsto. Ok a quello di previsione 2022

L'Assemblea nazionale dell'Enpam, riunita per la prima volta di nuovo in presenza a Roma, ha approvato a larga maggioranza con due soli astenuti, il bilancio preconsuntivo 2021 dell'Ente previdenziale di medici e odontoiatri. Il documento registra un avanzo economico complessivo pari a circa 972 milioni di euro, con un incremento di più del 50% rispetto a quanto stimato nel bilancio di previsione 2021. Il saldo della gestione previdenziale è pari a circa 550 milioni di euro rispetto ai 334 messi a bilancio in via preventiva, mentre l'avanzo della gestione patrimoniale è pari a 547 milioni, anch'essa in forte aumento rispetto ai 372 milioni stimati sempre nel bilancio di previsione 2021.

Da notare sul fronte immobiliare gli effetti positivi determinati dal processo di dismissione del patrimonio residenziale romano della Fondazione, insieme al processo di alienazione del patrimonio immobiliare del resto d'Italia, con l'operazione Project Dream. In particolare quest'ultima procedura di vendita, per la quale è stato già siglato un contratto preliminare con il gestore americano Apollo del valore di 842 milioni di euro, porterà una plusvalenza netta per la Fondazione di 156 milioni di euro.

BILANCIO DI PREVISIONE 2022

L'Assemblea nazionale Enpam ha anche approvato, sempre a larga maggioranza e con due soli astenuti, il bilancio di previsione 2022. Per l'anno prossimo la Fondazione prevede un avanzo economico complessivo pari a più di 315 milioni di euro, potendo contare su un avanzo della gestione previdenziale pari a circa 159 milioni di euro e un avanzo della gestione patrimoniale stimabile in più di 275 milioni di euro. Si tratta come sempre di previsioni elaborate nel rispetto del principio della prudenza, tenendo conto che la gestione reale, come di-

mostrano d'altronde i dati del 2021, potrà poi determinare ulteriori miglioramenti di tale risultato di cui si avrà riscontro al momento del bilancio preconsuntivo e consuntivo.

“Per costruire l'identità futura della Fondazione – ha detto il presidente dell'Enpam Alberto Olivetti -dobbiamo partire dai numeri e dai fatti. Il bilancio approvato oggi è uno dei nostri quattro assi, insieme al consuntivo, a quello tecnico e al bilancio sociale, espressione dei nostri atti con cui ci presentiamo agli iscritti e ai decisori”.

GESTIONE PREVIDENZIALE

Anche nel prossimo anno si faranno sentire gli effetti della cosiddetta “gobba previdenziale”, con un numero sempre crescente di camici bianchi, in particolare nell'ambito della medicina generale, che maturerà i requisiti per la pensione. “Si tratta di un fenomeno ampiamente monitorato e preventivato dai nostri attuari – ha sottolineato Alberto Olivetti, presidente dell'Enpam -. Ci siamo preparati per tempo per affrontare una curva di spesa pensionistica che arriverà al culmine nel giro di qualche anno, per poi tornare a un'inversione di tendenza”.

Intanto, per il 2022 è prevista una spesa per pensioni stimata in circa 2,7 miliardi di euro, cioè il 15,69% in

più rispetto ai dati del bilancio preconsuntivo del 2021. A fronte di tutto ciò però, sempre per il 2022, si stimano entrate contributive per circa 3,1 miliardi di euro. Un dato in aumento dell'1,36% rispetto al bilancio preconsuntivo 2021. Un incremento determinato per un verso dall'innalzamento di un punto percentuale delle aliquote che l'anno prossimo riguarderanno la medicina generale e la specialistica ambulatoriale, e dall'altro perché si era stimato che la situazione emergenziale causata dalla pandemia da Covid-19 avrebbe inciso in maniera più rilevante di quello che poi è stato, sui redditi dei liberi professionisti, e di conseguenza sulle entrate contributive.

GESTIONE PATRIMONIALE

Per quanto concerne invece la gestione patrimoniale del 2022, prendendo in considerazione i singoli comparti, si può rilevare che per il settore legato agli immobili e ai beni reali si stima un attivo di circa 68 milioni di euro, a cui si dovrebbero andare a sommare i 207 milioni derivanti dalle attività finanziarie. Questi risultati rappresentano dei valori di partenza prudenziali, che non comprendono le riprese di valore e le eventuali svalutazioni che si concretizzeranno durante l'esercizio e che a oggi non sono prevedibili.



Le pensioni di Quota A e dei medici di medicina generale ora si chiedono online

Molte pensioni Enpam si possono ora chiedere online facendo domanda direttamente dalla propria area riservata. La possibilità riguarda tutti i medici e gli odontoiatri per quanto riguarda la pensione di Quota A (a 68 anni o a 65 anni).

Il servizio, inoltre, è disponibile anche per le pensioni di vecchiaia o anticipata della gestione della Medicina generale (medici di famiglia, pediatri di libera scelta, addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale).

ONLINE A PROVA DI ERRORE

Il servizio per fare online la domanda di pensione è l'ultimo varato in casa Enpam.

Oltre alla comodità di potere inoltrare la pratica con un clic, il vantaggio ulteriore è quello di limitare il più possibile le probabilità di fare sbagli nella

compilazione, riducendo così anche inconvenienti e ritardi dovuti a un'errata formulazione della domanda.

Ad esempio, i classici errori di compilazione dei moduli cartacei, come barrare più caselle che esprimono scelte incompatibili tra loro, non sono possibili nella versione digitale della procedura.

ADDIO ALLA CARTA

Le nuove procedure online per la domanda di pensione di Quota A sono già state utilizzate nei giorni in corso dai primi camici bianchi pensionandi e, a breve, sostituiranno in modo esclusivo i moduli cartacei.

La possibilità di presentare la domanda in forma cartacea, infatti, ha i giorni contati: per le categorie che hanno a disposizione il servizio online, dal prossimo 31 ottobre non sarà più disponibile il modulo cartaceo.

L'ECCEZIONE

Un caso eccezionale è rappresentato dagli iscritti alla gestione della Medicina generale che hanno ottenuto una precedente liquidazione e hanno poi ripreso l'attività – continuando a contribuire alla medesima gestione – e da chi ha fatto il riscatto dei periodi liquidati. I camici bianchi che sono in tali condizioni non hanno la possibilità di fare domanda online, ma per loro sarà necessario presentarla in forma cartacea.

ORDINI SEMPRE CENTRALI

Anche nella presentazione delle domande di pensione resta fermo il ruolo essenziale sul territorio degli Ordini provinciali dei Medici e degli Odontoiatri.

Pertanto, domande e istanze possono comunque continuare ad essere presentate dagli iscritti anche tramite il competente Ordine.

Banca d'Italia ed Enpam in aiuto delle vittime del Covid

Aderendo a un'iniziativa promossa dalla Banca d'Italia, l'Enpam, l'Ente previdenziale di medici e odontoiatri, ha istituito il "Fondo di solidarietà Covid-19 – Banca d'Italia / Fondazione Enpam" per finanziare borse di studio a beneficio dei figli di tutti i medici deceduti a causa del Covid-19. Oltre alle borse di studio, il fondo erogherà anche assegni di mantenimento per coniugi e figli in acclarato disagio economico o stato di bisogno.

L'iniziativa si iscrive nell'ambito dei contributi concessi dalla Banca d'Italia agli enti e alle strutture ospedaliere direttamente impegnati nella gestione dell'emergenza da Covid-19. Il Fondo di solidarietà è stato costituito con il contributo da parte dell'Istituto di Palazzo Koch e sarà gestito dall'Enpam.

"Ringraziamo Banca d'Italia per la sensibilità dimostrata. Sostenere chi

resta è il miglior modo per onorare chi ha sacrificato la propria vita per curare gli altri", dice il presidente dell'Enpam Alberto Olivetti.

DALLA PRIMARIA ALL'UNIVERSITÀ

A oggi purtroppo sono 365 i camici bianchi deceduti dopo aver contratto il Covid-19. Banca d'Italia e Fondazione Enpam intendono onorare la memoria di tutti questi medici e

dentisti, attraverso un gesto concreto di riconoscenza destinato alle loro famiglie per sostenerle nella formazione scolastica e universitaria dei figli. Il valore annuo lordo delle borse di studio sarà pari a: 500 euro per la scuola primaria, 700 per la secondaria inferiore, 1.000 per la secondaria superiore e 1.500 per università ed equiparate.

Le borse sono cumulabili con altre misure esistenti e accompagneranno lo studente fino a conclusione del ciclo di studi. La convenzione tra Enpam e Banca d'Italia infatti ha una durata di cinque anni ed è rinnovabile proprio

nell'ottica di consentire il completamento del percorso formativo. Nelle prossime settimane l'Enpam pubblicherà un bando di gara ufficiale nel quale sarà specificato che le borse di studio potranno essere richieste dai figli superstiti in età scolare e universitaria (fino a 26 anni) di medici e odontoiatri che hanno perso la vita dopo aver contratto il Covid-19 durante lo stato di emergenza.

DISAGIO ECONOMICO E SOCIALE

La Convenzione prevede interventi anche in caso di situazioni di difficoltà sociale ed economica con assegni

di mantenimento destinati ai figli superstiti a carico del medico o dell'odontoiatra al momento del decesso e inabili al lavoro.

Lo stesso trattamento sarà inoltre previsto per coniugi o figli in situazione di disagio economico o stato di bisogno, con un Isee familiare inferiore a 25mila euro. In questi casi l'importo, lordo e annuale, sarà pari a 2.500 euro tanto per i figli superstiti inabili al lavoro che per i coniugi o figli in acclarato disagio economico o stato di bisogno.

GIUSEPPE CORDASCO

Come prendere 29 giorni di pensione in più

Compilare correttamente e con qualche accorgimento la nuova domanda di pensione online significa mettersi in tasca una mensilità in più.

Ecco i "trucchi" per ottenere da subito il massimo dalla propria pensione.

SCEGLIERE BENE

Quando si chiede la pensione del fondo della Medicina convenzionata e accreditata (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali ed esterni) occorre sempre indicare la data di cessazione dell'attività. Per evitare di perdere una mensilità di pensione, è bene che la data di uscita dal lavoro cada più vicino possibile alla fine del mese, ancora meglio se l'ultimo giorno del mese. Questo perché la pensione decorre dal primo giorno del mese successivo a quello alla data di cessazione dell'attività.

Per fare un esempio concreto, se la cessazione avvenisse il 15 ottobre – in presenza di tutti i requisiti necessari – la decorrenza della pensione sarebbe prevista al 1° novembre. In questo

caso si potrebbe rimanere per 16 giorni di ottobre "scoperti", senza compenso e pensione.

Invece, posticipando la risoluzione del rapporto di convenzione e indicando poi la cessazione al 31 ottobre, la pensione decorrerà comunque dal 1° novembre, ma senza che si verifichi un "buco" di 16 giorni. L'iscritto pensionando eviterebbe quindi di restare senza entrate per oltre due settimane.

GIOCARE D'ANTICIPO SUI 70 ANNI

Per i medici che compiono 70 anni è prevista la risoluzione d'ufficio del rapporto di convenzione.

Per giocare d'anticipo e "salvare" una mensilità di pensione, i camici bianchi nati ai primi del mese potrebbero rassegnare le dimissioni alla fine del mese precedente.

In questo modo, il pensionando eviterebbe di perdere un mese di pensione. Ad esempio, chi compie 70 anni il 2 ottobre vedrebbe decorrere la propria pensione dal 1° novembre.

Invece, anticipando la risoluzione al 30 settembre anche la decorrenza risulterebbe anticipata al 1° ottobre. Al netto

della rinuncia a due giorni di lavoro si andrebbero a guadagnare 29 giorni "coperti" dalla pensione.

OCCHIO ALL'ERRORE

Capita anche che il medico abbia scelto bene la data dell'ultimo giorno di lavoro (alla fine del mese) ma che al momento di fare domanda indichi come data di cessazione il primo giorno non lavorato. Ad esempio, se il rapporto in convenzione si conclude il 30 settembre, la decorrenza della pensione è dal 1° ottobre. Se si indica erroneamente il 1° ottobre come data di cessazione si inizierebbe a percepire la pensione dal 1° novembre. In tal caso, per un errore banale, il malcapitato pensionando si troverebbe un mese "scoperto", senza retribuzione e senza pensione.

QUOTA A E QUOTA B

Questi accorgimenti invece non si applicano quando si fa domanda di pensione di Quota A e Quota B. Infatti in questi casi non occorre indicare una data di cessazione attività.

ANTIOCO FOIS

Tre strade per risparmiare sulle tasse entro fine anno

Riscatto, previdenza complementare e sanità integrativa sono tre strade aperte ai professionisti per poter ridurre prima della fine dell'anno il proprio imponibile fiscale 2021 e pagare meno tasse.

Acconti aumenta-pensione

Investire per aumentare la propria pensione è la strada maestra per ridurre il bacino reddituale su cui si concentrerà il fisco. Per farlo è possibile ricorrere allo strumento del riscatto: le somme versate per questa finalità sono infatti integralmente deducibili dal reddito imponibile.

Il riscatto è uno strumento che consente di far valere ai fini della pensione gli anni di studio universitari o il servizio civile o militare, o altri periodi previsti dal regolamento (ad esempio, se ne ricorrono le condizioni, formazione, specializzazione, periodi precontributivi). In ogni caso, indipendentemente dall'anzianità guadagnata - che potrebbe permettere di andare in pensione prima del tempo - i contributi pagati in più comportano un aumento della pensione futura. Ciò è tanto più vero per il riscatto da allineamento dei contributi, che ha esclusivamente quest'ultima finalità.

Se non ho un riscatto in corso, faccio ancora in tempo ad avere i benefici fiscali prima della fine dell'anno? La risposta è sì. All'Enpam infatti basta presentare una domanda di riscatto (si fa online nella propria area riservata) e si può subito versare un acconto. Bisogna tenere presente che il riscatto può essere totale o parziale: anche se non si verserà il massimo possibile, tutto ciò che viene pagato verrà valorizzato nell'assegno futuro di pensione.

Riscatto e versamenti aggiuntivi

Gli stessi benefici fiscali possono essere ottenuti anche da chi ha già un

riscatto in corso e lo sta pagando a rate. Se si è interessati a massimizzare lo sgravio, oltre alle normali rate si possono fare uno o più versamenti aggiuntivi, sempre ovviamente nei limiti del debito residuo.

RISCATTI

Con i riscatti si possono far valere ai fini della pensione i periodi che non sono coperti da contribuzione. Tutti i riscatti Enpam, ad eccezione dell'allineamento, garantiscono un aumento dell'anzianità contributiva e un incremento dell'assegno di pensione. La domanda non è vincolante. Una volta ricevuta la proposta da parte degli uffici, l'eventuale accettazione va spedita entro 120 giorni. Trascorso il termine la proposta viene considerata decaduta. I contributi volontari da riscatto, come quelli ordinari, sono interamente deducibili dalle tasse.

Previdenza complementare

La seconda possibilità per ridurre il proprio imponibile fiscale è data dall'adesione a una forma di previdenza complementare.

Tutte le somme versate entro la fine dell'anno al proprio fondo di previdenza complementare (per esempio FondoSanità) sono infatti deducibili dall'imponibile fino a un tetto di 5.164,57 euro.

Anche i versamenti per i familiari fiscalmente a carico, entro tale massimo, lo sono. Ricordiamo inoltre che per i giovani medici fino a 35 anni l'iscrizione a FondoSanità è gratuita.

Inoltre, è prevista la possibilità di recuperare le somme non dedotte nei primi 5 anni per un periodo compreso tra il sesto e il venticinquesimo anno di partecipazione, un'opzione che permette l'ampliamento del tetto di deducibilità sopra menzionato.

PENSIONE INTEGRATIVA

Gli iscritti che vogliono costruirsi una pensione integrativa possono scegliere di aderire a FondoSanità, il fondo chiuso riservato ai lavoratori del settore. La pensione complementare è una scelta importante che va ponderata per tempo, per assicurarsi fin da subito un tenore di vita adeguato alle proprie aspettative.

Sanità integrativa

La terza strada per assottigliare la base imponibile è quella della sanità integrativa.

Lo scudo sanitario infatti protegge anche il reddito.

Chi sceglie uno o più tra i piani di SaluteMia, per sé o per i propri familiari, può beneficiare di una detrazione annuale del 19 per cento dei costi, fino a un tetto di circa 1.300 euro.

Il costo dell'adesione a questa forma di sanità integrativa, grazie alla gestione di una Società di mutuo soccorso, è assimilato ai contributi associativi che per legge possono essere sottratti alle imposte da pagare.

SANITÀ INTEGRATIVA E COMPLEMENTARE

I medici e gli odontoiatri possono sottoscrivere un piano sanitario. La copertura può essere estesa al nucleo familiare. Per aderire non sono previsti limiti di età anche per coniugi e conviventi (more uxorio). I contributi associativi possono essere detratti dalle imposte al 19 per cento.

Irpef o imposta sostitutiva

Le considerazioni qui esposte sulla deducibilità e la detraibilità valgono per chi paga l'Irpef; per chi è invece soggetto all'imposta sostitutiva perché ha una partita iva con il regime forfettario, la legge non prevede detrazioni e restringe il campo delle spese che possono essere portate in deduzione.

Borse di studio Enpam per i figli dei liberi professionisti

Novità importante per tutti i liberi professionisti iscritti all'Enpam. Da quest'anno, infatti, l'ente previdenziale di medici e odontoiatri, comincia a erogare borse di studio ai figli dei camici bianchi attivi e pensionati che versano la Quota B. Le borse, in totale 300, sono riservate agli studenti universitari.

Valore del sussidio

Il bando attualmente in corso si rivolge agli iscritti all'anno accademico 2020/2021 e prevede per loro un assegno di 3.100 euro. L'importo viene maggiorato del 50 per cento (diventando di 4.650 euro) per chi si laurea con 110 e lode entro quest'anno. Per fare domanda, attraverso l'area riservata del sito dell'Enpam, ci sarà tempo fino al 20 dicembre.

Requisiti degli studenti

I figli dei camici bianchi interessati alla borsa di studio devono innanzitutto avere un'età non superiore ai 26 anni. Dovranno poi essere in regola con gli studi.

Con questo si intende avere conseguito tutti i crediti previsti per gli anni accademici precedenti e almeno la metà dei crediti previsti per l'anno 2020/2021.

"Vogliamo essere vicini alle famiglie dei nostri iscritti durante la carriera, negli appuntamenti che la vita presenta – ha commentato il presidente dell'Enpam, Alberto Olivetti –. Per questo la Fondazione vuole contribuire a ridurre i costi sostenuti per far studiare i figli. Oltretutto, investire nella formazione deve essere una priorità per le casse dei professionisti, perché è solo grazie alla qualità del lavoro che si rilancia la professione".

REQUISITI DEI PROFESSIONISTI

Il libero professionista interessato può fare domanda se iscritto alla

Quota B e se ha un reddito che non supera 6 volte il trattamento minimo Inps. Questo limite è aumentato di un sesto (6.702,54 euro) per ogni ulteriore componente del nucleo.

Per fare un esempio, per una famiglia di quattro persone il limite di reddito è di 60.322 euro.

L'incremento per ogni familiare, inoltre, raddoppia nel caso in cui il componente sia invalido almeno all'80 per cento.

Stanziamento

Lo stanziamento per le borse di studio ai figli universitari dei contribuenti Quota B potrà arrivare quest'anno a 1,4 milioni di euro e si aggiunge ai fondi messi a disposizione per gli universitari, figli della generalità degli iscritti Enpam, che hanno ottenuto l'ammissione ai collegi di merito.

Per questi ultimi esiste una borsa specifica più alta, di 5mila euro. In questo caso però, le domande potranno essere presentate solo fino al 12 novembre.

FIGLI DI LIBERI PROFESSIONISTI

Se sei un libero professionista e hai figli che studiano all'università puoi chiedere una borsa di studio all'Enpam.

Requisiti

Puoi fare domanda se:

- sei iscritto alla Quota B;
- hai un reddito che non supera 6 volte il trattamento **minimo Inps**. Il limite è aumentato di un sesto per ogni componente del nucleo escluso chi fa la domanda. L'incremento **raddoppia** per ogni componente riconosciuto invalido almeno all'80 per cento.

E tuo figlio:

- è in regola con gli studi (ha cioè conseguito tutti i crediti previsti

per gli anni accademici precedenti e almeno la metà dei crediti previsti per l'anno 2020/2021)

- non ha ottenuto la laurea prima dell'anno accademico 2020/21;
- non ha più di 26 anni;
- non riceve sussidi di studio da altri enti previdenziali (per es. Onaosi).

Somma rimborsabile

La somma viene stabilita ogni anno dal Consiglio di amministrazione. Per conoscere l'importo dell'anno in corso vedi il **bando del 2021**.

Agli studenti che si laureano con il massimo dei voti la borsa è aumentata del 50 per cento.

Se versi i contributi con aliquota ridotta l'importo della borsa di studio verrà rideterminato.

Casi particolari

Cosa succede se le richieste di borse superano il numero di sussidi messi a concorso?

Le borse vengono assegnate in base a una graduatoria che tiene conto del reddito.

Se mio figlio si iscrive a un altro corso di laurea dopo aver già conseguito una laurea triennale può ottenere la borsa di studio?

No, se si iscrive ad un altro corso triennale o a ciclo unico non può ottenere la borsa di studio.

Come fare la domanda

La domanda va presentata **solo** online **dall'area riservata**. Se non sei ancora iscritto puoi **registrarti** seguendo le istruzioni che trovi nella pagina web.

Invia la domanda entro i termini previsti dal bando che il Consiglio di amministrazione delibera ogni anno. Se i termini sono scaduti attendi il bando dell'anno successivo.

La Sicilia di Elio Insacco

QUELLO CHE LA STORIA
UFFICIALE HA PREFERITO
NON VEDERE

La Sicilia è una terra bellissima, ricca di storia e di cultura. Ma soprattutto è un'isola. In tutti i sensi. Non solo per geografia. Perciò "Sicilia Isola". Mai titolo fu più appropriato per un libro che offre al lettore "una breve ricerca storica" sulla Sicilia. Autore Elio Insacco, siculo doc. Anche se abita a Verona dal 1982 ha mantenuto incontaminato non solo l'accento, ma la cultura e la visione del mondo della sua terra. Cultura, come racconta, trasmessa da suo padre e da sua madre. Quella che si respira e si ha dentro. Non quella propinata a scuola. Eredità di generazioni. Esperienza collettiva tramandata. Insacco l'ha raccolta nel suo saggio, edito da Ginko edizioni, casa editrice veronese guidata da un

raffinato intellettuale, Angelo Paratico, mescolandola alla storia degli ultimi due secoli. Studi classici, laurea in Medicina, specializzazione in Anestesia e Rianimazione, ha lavorato al Pronto Soccorso di Borgo Roma fino al 2011. Ma s'è impegnato anche impegnato in politica: eletto consigliere comunale di Verona nel 2002 per Alleanza Nazionale è stato a Palazzo Barbieri per dieci anni. "Sicilia isola" non è, come recita la copertina "per soli siciliani". Tutt'altro. È per chi vuol capire bene la storia e la natura del suo popolo. Va controcorrente perché l'autore ha la capacità di rileggere la storia diversamente da come ce l'hanno raccontata i vincitori. Ma non è detto che perché la scrive chi ha vinto sia andata veramente così. Il tempo è galantuomo. E grazie all'onestà intellettuale di persone come Insacco, ecco che eventi come l'annessione della Sicilia all'Italia del 1860 o la "liberazione" da parte degli anglo-americani nel 1943 possono essere raccontate per come sono andate davvero. A scuola, nell'intento di celebrare l'unità d'Italia, ci sono stati tenuti nascosti massacri e angherie subiti dal popolo siciliano dai "liberatori" piemontesi e dagli altri "liberatori" nel



1943. E particolarmente interessante è la spiegazione dell'esistenza della Mafia come fenomeno sociale e culturale intimamente legato alla storia dell'isola. Una ricerca onesta e libera della verità che ogni uomo libero dovrebbe avere in cima al proprio interesse. (Sen. Paolo Danielli).

ELIO INSACCO EMAIL:

ELIO.INSACCO1@GMAIL.COM

COPYRIGHT © 2020 GINKO EDIZIONI

VICOLETTO VALLE, N°2, 37122 - VERONA (VR)

WWW.GINKOEDIZIONI.IT

Come leggere uno studio clinico

UNA GUIDA PRATICA



Il medico dovrebbe sempre prescrivere le migliori terapie disponibili, ma aggiornarsi può essere complicato perché ogni anno viene pubblicato un numero impressionante di articoli e studi clinici.

Come si può capire se uno studio è importante e cambierà la pratica medica e un altro invece si può ignorare perché del tutto irrilevante?

Come ci si può destreggiare tra rischio relativo, hazard ratio e intervallo di confidenza? Come si interpreta la "P"? Cos'è una curva di Kaplan-Meier? Cosa sono le metaanalisi e le rivelazioni sistemiche?

Si può giudicare la bontà di una linea guida? Cosa si intende per valore predittivo di un esame? L'autore risponde a queste ed altre domande con uno stile chiaro e semplice, improntato alla praticità. Il libro è corredato da numerosi esempi tratti dalla letteratura, figure, tabelle ed esercizi finali. Risulterà utile a chi vuole conservare un'autonomia di giudizio nell'interpretazione della letteratura, ma anche agli studenti degli ultimi anni di corso universitario che desiderano tenere il passo con i più importanti sviluppi della medicina.

"Piuttosto che fornire un servizio pronto e distribuire risposte (il pesce) forse è utile imparare a conoscere le regole del gioco che stanno dietro agli studi clinici (imparare a pescare o comunque capire come si fa)"

DALLA PRESENTAZIONE DI ANTONIO ADDIS



In memoria di BEPPE GRECO

Ci ha lasciati Beppe Greco, storico Segretario Regionale FIMMG. Così lo ricordano Euro Grassi, segretario provinciale FIMMG di Reggio Emilia e Giampiero Chiamenti ex Segretario Nazionale FIMP.

Beppe era un grande amico, una persona vera, uno che si è sempre distinto nel grigiore del Consiglio nazionale FIMMG per dire la sua visione sindacale in modo colorito, spesso in contrasto con quella nazionale, e che ha per

tutta la vita inseguito il sogno di migliorare le cure primarie venete con molti progetti.

Ci è in gran parte riuscito, realizzando anche contratti regionali fra i più innovativi e remunerativi in Italia per i MMG.

È stato Segretario Generale provinciale FIMMG di Padova, poi Segretario Regionale del Veneto ed anche Tesoriere nazionale FIMMG.

In questa ultima carica è rimasto davvero poco tempo, probabilmente perché, per salvaguardare la cassa nazionale, investì tutto quello possibile in BOT, così mi disse con il suo classico sorriso ironico, unico Tesoriere nazionale davvero encomiabile nel suo compito verso gli iscritti.

Negli ultimi anni si era dedicato allo sviluppo della cooperazione sociale dei MMG in Veneto e spesso, come anche recentemente, mi chiedeva consigli, ad esempio sul funzionamento delle cooperative di servizio e sugli Ambucovid MMG.

Era Consigliere nazionale di Confcooperative Sanità ed in questa veste, in una ultima recente riunione del Settore cooperative mediche, prese vivacemente le mie difese circa la mia diversa visione di sviluppo in quella sede delle cooperative mediche e dell'approccio al PNRR.

Di lui ricorderemo certamente la sua forte empatia, l'amicizia fraterna, il comune sentire per un sindacato diverso e la sua continua ed acuta ricerca anche a livello internazionale per cure primarie italiane migliori.

Riposa in pace, caro fratello Beppe, sono affranto, mi manchi già moltissimo e mancherai anche a tutti i tuoi tanti amici in FIMMG.

Un abbraccio affettuoso anche a tutti i Segretari Provinciali FIMMG del Veneto.

EURO GRASSI

"Abbiamo perso un grande compagno di viaggio di tante circostanze e battaglie, un carissimo amico ma anche un grande sindacalista, co-artefice del superamento di un atavico quanto insensato dualismo non tanto tra FIMG e FIMP quanto tra pediatri e medici di famiglia per il bene comune della categoria. Non ho attualmente titolo ufficiale per rappresentare il cordoglio dei pediatri di famiglia del Veneto, ma i trascorsi sindacali mi autorizzano in tal senso e credo che tutti coloro che lo hanno conosciuto siano d'accordo nel rendergli un grande omaggio".

GIAMPIETRO CHIAMENTI

