

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica

In questo numero:

Ce la faremo ... pag. 5

**Nuovo Consiglio direttivo
per il quadriennio 2021 - 2024 pag. 9**

**La riorganizzazione dell' assistenza
sanitaria ai tempi del Covid-19 pag. 33**

**Caratteristiche, efficacia e sicurezza dei vaccini
anti Covid19 finora autorizzati in Europa pag. 38**

1

**MARZO
2021**

VERONA MEDICA

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

Anno LVI n. 1 MARZO 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
Riccardo Mora
Venezia ai tempi del Covid

INSERZIONI PUBBLICITARIE SU VERONA MEDICA

SPAZIO	<u>1 USCITA</u>	<u>2 USCITE</u>	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

5 *Ce la faremo ...*

NOTIZIE DALL'ORDINE

7 *Verbali del Consiglio e delle Commissioni*

9 *Nuovo Consiglio direttivo per il quadriennio 2021 - 2024*

ALBO ODONTOIATRI

12 *Verbali della Commissione Odontoiatri*

AGGIORNAMENTO

14 *L'importanza della vaccinazione dTpa in gravidanza*

16 *Riflessioni Neuromusicali: Aggiornamenti*

BIOETICA E MEDICAL HUMANITIES

21 *DAT (DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO): cosa sono e cosa serve sapere*

25 *Modello esemplificativo per come compilare le DAT*

PROFESSIONE E LEGGE

28 *Errata diagnosi a causa di paziente reticente: il medico deve essere anche investigatore?*

29 *L'assicurazione RC dei medici: la storia infinita delle clausole claims made*

29 *Telemedicina in aggiornamento*

31 *La responsabilità del medico e la corsa al colpevole: lo strano caso del vaccino covid-19*

ATTUALITÀ

33 *La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria ai tempi del Covid-19*

38 *Caratteristiche, efficacia e sicurezza dei vaccini anti Covid19 finora autorizzati in Europa*

STORIA DELLA MEDICINA

46 *Il gran contagio a Verona: parallelismi con l'attuale epidemia da SARS-COV 2*

49 *Lo stabilimento per le fumigazioni solforose del dottor Pietro Trezzolani*

FOMCeO

54 *Moneta Commemorativa delle Professioni Sanitarie*

ENPAM

55 *Nuovi aiuti Enpam per Covid-19*

57 *Pensioni maggiorate ai familiari dei caduti per Covid*

57 *Il riscatto mette il turbo alla pensione*

58 *Aumenti ogni anno ai pensionati che lavorano*

59 *Contratti Covid-19, quanto si paga*

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.

NOI NON CI OCCUPIAMO DI
MEDICINA:

ASSICURIAMO I MEDICI!

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

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

CONTATTI

telefono **045 84 03 520**

whatsapp **335 155 23 79**

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

sito **www.nonsoloassicurazioni.it**



LE MIGLIORI SOLUZIONI
ASSICURATIVE PER LA TUA

FAMIGLIA

SALUTE

CASA

PENSIONE

E NON SOLO!!



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

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

Ce la faremo ...

Tre mesi fa scrivevo che *“i mesi estivi non erano stati adeguatamente sfruttati a livello politico e a livello di Comitati Scientifici per mettere in atto quelle misure che ci avrebbero permesso di far fronte ad una situazione che proprio in queste settimane si sta rivelando ancora più drammatica di quella vissuta in primavera.*

Purtroppo c'è una lentezza decisionale, un rimando di responsabilità da Commissione a Comitato tecnico scientifico, una lentezza a livello di Consiglio dei Ministri e di Ministero della Salute a prendere decisioni tempestive...

Altri ancora sono i punti che necessitavano di maggiore attenzione durante l'estate: il potenziamento della medicina del territorio e degli operatori in grado di tracciare i contatti; il reperimento e l'allestimento di Covid hotel...

Ci domandiamo: perché tanta ostinazione nell'ordinare banchi con le ruote...nell'assicurare incentivi per monopattini e biciclette elettriche?

Un'analogia improvvisazione e incapacità a creare una rete sanitaria adeguata si è manifestata a livello di rapporti fra dipartimenti di Igiene pubblica e MMG.”

Eravamo alla vigilia di una campagna vaccinale annunciata con toni trionfalistici, si pensi al V-day del 27 dicembre, ma eravamo anche alla vigilia di mesi che avrebbero destato tante preoccupazioni, sia per l'andamento della campagna vaccinale, sia per quella che si sarebbe di lì a poco presentata come “la terza ondata”.

Questa era stata la conclusione del mio editoriale di dicembre:

“Verranno tempi migliori? Ce lo auguriamo tutti!”

Non sono venuti tempi migliori, anzi, i primi mesi di questo 2021 sono stati caratterizzati dalla temuta ripresa dei contagi e da una campagna vaccinale che procede a rilento, nonostante l'impegno profuso a tutti i livelli; in questo contesto, l'incapacità dei nostri

rappresentanti di prendere decisioni adeguate alla gravità della situazione ha imposto al Presidente della Repubblica di tentare un cambio di passo, che ci auguriamo possa avvenire con il nuovo Premier.

Dopo l'avvento di Draghi, è stato sostituito il commissario straordinario per il Covid, Domenico Arcuri. In realtà, le perplessità sulla sua gestione dei vaccini, e sulle forniture per gli ospedali (DPI in primis, ma anche siringhe, e soprattutto respiratori, monitor, letti) circolavano da tempo, e non solo fra gli addetti ai lavori.

Nel momento in cui è diventato chiaro (non ci si poteva pensare l'estate scorsa?) che le competenze in logistica sarebbero state basilari per organizzare la campagna vaccinale, è sembrato “naturale” che la scelta ricadesse sul generale dell'esercito Figliuolo, che tanto bene aveva organizzato le vaccinazioni nelle prime settimane dell'anno nel Lazio, facendola apparire, da questo punto di vista, la regione più virtuosa d'Italia.

A mio avviso uno dei fattori che finora hanno rallentato le vaccinazioni è stato l'assenza della centralità dello Stato in una situazione così grave per il Paese: in un momento nel quale sarebbe stato necessario avere un *piano vaccinale nazionale*, ci siamo trovati di fronte a 20 piani vaccinali diversi (in effetti il federalismo regionale in questa pandemia ha dimostrato dei limiti...). In un'Italia con tante diversità a livello di SSR, tanti nodi sono venuti al pettine: basti pensare alla difficoltà ad organizzare le vaccinazioni in quelle regioni che mancano di un'anagrafe vaccinale. Oppure in quelle regioni nelle quali la Sanità è commissariata da anni!

L'iniziativa del nuovo premier è stata quella di prendere in mano le redini del Paese, realizzando una catena di comando che comprendesse la Protezione Civile e l'Esercito. Ci auguria-



Il Presidente OMCeO Carlo Rugiu

mo che una soluzione di questo tipo possa consentire un'integrazione fra strutture sanitarie e militari, in grado di far fronte ad una nuova impennata dei contagi.

Abbiamo fatto ricorso nei mesi scorsi ai militari, chiedendo il loro aiuto con gli ospedali da campo montati di fronte ai Pronto Soccorsi e nei giorni bui di Bergamo, per trasportare le bare dei defunti.

Riteniamo che sia giunto il momento che, data l'eccezionalità degli eventi, (come accade dopo un terremoto, oppure in seguito ad un disastro ambientale) l'esercito scenda a fianco della popolazione civile a dare il meglio di sé, con i suoi uomini, con i suoi mezzi, con la sua capacità organizzativa e logistica.

Il piano vaccinale antiCovid presentato pochi giorni fa dal gen. Figliuolo è stato pianificato ipotizzando, tra l'altro, un rapido incremento della capacità vaccinale (che dovrebbe passare da 170.000 a 500.000 dosi giornaliere), un regolare approvvigionamento di vaccini ed una costante adesione alla vaccinazione da parte della popolazione. Come è noto, l'utilizzo del vaccino Astra-Zeneca è stato sospeso per pochi giorni nel rispetto del principio di precauzione. La temporanea sospensione di Astra-Zeneca in via cautelativa – unitamente alla ridotta consegna di dosi da parte della azienda anglo-svedese - hanno fatto venir meno, speriamo temporaneamente, i presupposti

che erano alla base dell'aumento delle vaccinazioni. +C'è anche da considerare come questo "stop and go" di Astra Zeneca abbia ridotto le dosi giornaliere di vaccino somministrato (pare che serviranno due settimane per poter recuperare le 200.000 dosi che non sono state inoculate), e, fatto ancora più importante, servirà molto più tempo per cercare di informare e rassicurare la popolazione che è stata profondamente colpita dagli eventi avversi segnalati.

Che cosa succederà nelle prossime settimane, nei prossimi mesi?

Non lo sappiamo, ma sappiamo quello che ci auguriamo: che le dosi di vaccino che arriveranno siano adeguatamente e prontamente utilizzate a vantaggio non solo dei soggetti più anziani, ma anche a beneficio di chi li assiste, dei soggetti fragili, delle classi di pazienti più a rischio (oncologici, disabili, cardiopatici, dializzati, trapiantati di organo solido, pazienti con BPCO, grandi obesi) e via via venga vaccinata tutta la popolazione che lo richiederà, cercando di raggiungere (subito dopo l'estate?) quell'immunità di gregge che, togliendo la possibilità di circolare al virus, ne attenui il contagio.

Per riuscire a raggiungere questi risultati, molto dipenderà dalla nostra organizzazione – come dicevo poco fa – e dalla nostra capacità di fare una corretta informazione e di dissipare i dubbi, favorendo una alta adesione alla vaccinazione. Sotto questo aspetto il comportamento dei medici e del

personale sanitario in genere sarà fondamentale: non potranno essere ammessi atteggiamenti di titubanza di medici e infermieri di fronte al vaccino. È evidente che un ruolo altrettanto importante lo giocheranno i medici di famiglia, il cui coinvolgimento ad oggi è già avvenuto in dieci regioni.

In queste settimane viene discusso a livello dei vari tavoli di contrattazione regionale l'accordo nazionale siglato dal ministro Speranza con i medici di medicina generale il 21 febbraio.

Le trattative fra regione Veneto e organizzazioni sindacali dei MMG si sono da poco concluse con un accordo che ne riconosce il ruolo centrale nella campagna vaccinale. Ritengo che a livello locale non possiamo fare a meno dei 560 medici di medicina generale della nostra AULSS: già durante lo scorso autunno essi hanno dato un contributo fondamentale, vaccinando contro l'influenza oltre 180.000 veronesi. Nelle prossime settimane /mesi il loro coinvolgimento permetterà di accelerare la vaccinazione anti Covid a domicilio di quei pazienti anziani e con varie comorbidità, che non possono muoversi e raggiungere gli hub vaccinali. Inoltre, la loro collaborazione sarà indispensabile per vaccinare a domicilio le badanti e quei circa 20.000 pazienti che sono seguiti a domicilio nella nostra provincia (ADI etc).

Ritengo, infine, che la *progettata capillarizzazione della somministrazione*, legata all'allargamento delle sedi vaccinali, ed al consensuale reclutamento

di odontoiatri, specializzandi, medici della FMSI, medici competenti e specialisti ambulatoriali rappresenterà un elemento cruciale per ottenere l'auspicato *potenziamento della rete vaccinale*. È già passato un anno da quando è iniziata la pandemia: io voglio pensare che questo 2021 – se saremo in grado di utilizzare i vaccini che avremo a disposizione – possa essere un anno di transizione.

Superata questa fase, mi auguro che la fine dell'anno ci possa vedere impegnati nella ripresa delle attività (*"la ricostruzione dopo le macerie"*) e proiettati verso l'anno prossimo, che potrebbe essere davvero l'anno del ritorno alla normalità.

Per quanto riguarda il nostro SSN, dopo che il Covid ne ha messo a nudo le criticità, dovremo rivedere diversi aspetti della nostra organizzazione sanitaria: per esempio, dovremo pensare al mantenimento di un piano pandemico aggiornato, ad una nuova organizzazione della Medicina Territoriale, ad un reale collegamento fra Ospedale e Territorio, solo per citare alcune delle priorità. Dal punto di vista della formazione, non potremo più permetterci di perdere i nostri giovani neolaureati, i nostri ricercatori, e dovremo fare tutto il possibile perché ciò non accada: su di loro si fonda la Sanità del futuro.

Per fare questo, dovremo pensare ad aumentare il numero delle borse di studio e ripensare la formazione della Medicina Territoriale, nella quale i neolaureati dovranno trovare un trattamento economico ed una preparazione assimilabili a quelle degli specializzandi.

Infine, dovremo essere in grado di offrire sbocchi lavorativi attrattivi per i nostri giovani medici e competitivi con l'estero, sia nelle strutture ospedaliero-universitarie che sul territorio.

Ci sarà molto da fare, sotto tutti gli aspetti, ma si tratterà di ricostruire il nostro Paese, la nostra Sanità, dopo le macerie della pandemia: sarà "il nostro dopoguerra". I nostri genitori ricostruirono l'Italia dopo il 1945: voglio pensare che *ce la faremo anche noi*, se rimarremo uniti e remeremo tutti nella stessa direzione.

CARLO RUGIU



Verbali del Consiglio e delle Commissioni

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 13 OTTOBRE 2020

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

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

Assenti giustificati:

Mirandola, Bonetti, Cirillo.

Partecipano alla riunione del Consiglio: *la funzionaria amministrativa Maffioli.*

1) LETTURA E APPROVAZIONE VERBALI PRECEDENTI:

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

2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

Il Presidente chiede al tesoriere Dott. ssa Pastori di esporre le delibere amministrative.

Il tesoriere afferma che sono presenti voci di spese ordinari. Il consiglio approva all'unanimità.

Il Presidente presenta la lettera "I MEDICI DI VERONA NON CI STANNO".

Il testo viene inoltrato via mail a tutti i consiglieri affinché possano valutarlo in modo approfondito ed esprimere eventuali commenti o proposte.

Il Presidente ringrazia i referenti delle varie commissioni per il lavoro svolto nel corso di quest'anno e riferisce

di aver ricevuto da alcuni di loro una sintesi delle attività. Comunica che il bilancio preventivo 2021 verrà presentato dalla Tesoriera il giorno 15 dicembre alle ore 19.00.

Il Presidente espone il ruolo rappresentato dal comitato di bioetica con l'importante contributo dato dal dott. Alberton, dal dott. Carrara e dal dott. Orcalli. Specifica che il comitato etico dura 4 anni. Il consiglio approva all'unanimità. Il Dott. Orcalli, referente della Commissione Aggiornamento, esprime l'importanza di continuare l'attività, anche in questa fase emergenziale, attraverso lo strumento della formazione a distanza (FAD); sono già in fase di studio ed elaborazione una serie di temi di attuale rilevanza. Il Presidente passa la parola alla d.ssa Pastori sul rinnovo di UPTODATE. Il tesoriere informa che la proposta ricevuta permetterebbe l'accesso ad un numero limitato di iscritti con rilevante impegno economico. Propone pertanto di lasciar decadere il rinnovo; il Consiglio approva all'unanimità.

3) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

SPORT LIFESTYLE STP
NB DENTAL SOLUTION STP
Determina presidenziale n. 7 in tema di iscrizioni. Il consiglio approva.

Dopo l'uscita dei revisori e degli odontoiatri, si procede alla discussione delle relazioni istruttorie.

4) RELAZIONI ISTRUTTORIE

n. 1 non dar luogo a procedere.

Alle ore 22.00, la riunione del Consiglio termina.

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 10 NOVEMBRE 2020

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

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

Assenti giustificati: *Mirandola, Salvatore, Boscagin.*

Partecipano alla riunione del Consiglio: *la funzionaria amministrativa Maffioli.*

1) DISCUSSIONE MODULAZIONE QUOTE

Prende la parola il presidente il quale fa presente che uno dei cardini del programma all'inizio del suo mandato fu cercare di ridurre le quote associative degli iscritti all'Ordine. Nei primi due anni, si è riusciti a ridurre la quota per alcuni componenti, ai colleghi più giovani e ai più anziani, arrivando a rendere gratuita l'iscrizione ai colleghi con i 50 anni di laurea. L'oculata amministrazione delle spese dell'Ordine ha fatto sì che l'avanzo di bilancio sia progressivamente cresciuto e possa permettere una ulteriore riduzione della quota.

Il Presidente cede la parola alla d.ssa Pastori la quale propone, nel 2021 di ridurre le quote per gli iscritti tra i 36 anni e i 70, da € 188 ad € 175.

La proposta dovrà essere sottoposta all'approvazione dell'assemblea. Il consiglio, dopo discussione, approva all'unanimità.

2) PROPOSTA COMPENSI COMPONENTI DEL SEGGIO ELETTORALE

Il presidente mette al corrente il consiglio della situazione in cui si trovano gli Ordini in questo momento, causa il peggiorare sulla situazione pandemica. Informa che il Presidente Anelli ha chiesto al Ministro Speranza una risposta rapida, sulla possibilità di ottenere le elezioni degli Ordini in presenza. Nel frattempo l'Ordine di Verona si è attivato per predisporre i compensi ai componenti di seggio e ai supplenti.

La d.ssa Pastori spiega che, per la determinazione del rimborso, ha fatto riferimento alla spesa sostenuta nella precedente tornata elettorale e verificato i compensi erogati da altri Ordini. Se le elezioni si effettueranno in presenza, il Tesoriere propone un compenso di 3.000 euro per il Presidente e Segretario di seggio, 2.500 per gli scrutatori, un gettone 250 euro per la reperibilità dei supplenti. Nell'ipote-

si in cui dovessero svolgersi per via telematica, il seggio dovrà essere comunque predisposto e la presenza di componenti del seggio verrà richiesta al momento della proclamazione del risultato.

In questo caso, il gettone sarà proporzionato all'impegno. Si attendono ulteriori informazioni dalla FNOMCeO. Il Consiglio approva.

Il presidente parla della particolare situazione estremamente grave sul territorio, dove i medici di MG sono poco supportati.

A livello di Ospedali, si continuano ad aprire divisioni covid. Sono diventati covid ospedali S. Bonifacio, Legnago Villafranca e Bussolegno, in qualità di struttura intermedia.

Informa il consiglio che l'Ordine sta seguendo e patrocinando un gruppo di lavoro che fa capo al Centro Studi FIMMG.

Dopo aver abbandonato webinar da parte dei revisori e degli odontoiatri si procede alla discussione delle relazioni istruttorie

1) RELAZIONI ISTRUTTORIE

n. 1 apertura e sospensione di un procedimento disciplinare.

Alle ore 23.00 il consiglio in videoconferenza termina.

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 15 DICEMBRE 2020

Consiglieri presenti: Rugu, Marchioretto, Cordioli, Pastori, Orcalli, Guglielmi, Carrara, Facincani, Musso, Elio, Accordini, Boscagin.

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

Assenti giustificati: Salvatore, Cirillo, Bovolin.

Partecipano alla riunione del Consiglio: la funzionaria amministrativa Maffioli.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

Prende la parola il presidente e comunica che si sono svolte le tornate elettorali. In terza convocazione si sono concluse senza assembramenti e senza contagi.

È stato eletto un nuovo consiglio direttivo che prenderà servizio in gennaio 2021. La scorsa settimana è stato eletto il direttivo dell'albo Medici e degli Odontoiatri. Presidente dell'Ordine è stato confermato il dott. Rugu. Sono stati eletti vice presidente il dott. Cordioli, segretario d.ssa Tomezzoli e tesoriere d.ssa Pastori.

Sono stati eletti consiglieri i dott.ri Orcalli, Accordini, Musso, Facincani, Guglielmi, Gobbi, Bellamoli, Carrara, Formentini, Bertaso, Elio.

Per il Collegio dei revisori sono effettivi i dott.ri Braga, Cirillo, supplente dott. Barbetta.

La Commissione Odontoiatri ha confermato presidente la d.ssa Boscagin. Gli altri eletti Cao sono il dott. Luciano il dott. Zatonni il dott. Pace e il dott. Bovolin.

La dott.ssa Boscagin e il dott. Luciano, secondo eletto, entrano a far parte del consiglio dell'Ordine.

Prosegue dicendo che è un momento drammatico. Si è deciso di fare un passaggio istituzionale inviando una lettera al Governatore, firmata dal presidente dell'Ordine con il presidente degli infermieri, spiegando la situazione gravissima e la necessità di avere un segno di chiusura totale. I consiglieri presenti si congratulano con il presidente.

DELIBERE AMMINISTRATIVE

Prende la parola la dott.ssa Pastori la quale elenca le delibere amministrative.

Sottolinea le delibere per il pagamento delle spese condominiali, la spesa per la spedizione delle lettere inviate per le elezioni, il pagamento dell'accounto Tari, lo smaltimento della carta. Il consiglio approva.

Continua comunicando che in assemblea annuale è stata approvata la

riduzione delle quote per gli iscritti già discussa con riunione di Consiglio del 10/11/2020.

Tra i 36 e i 70 anni sarà di € 175.

Il consiglio prende atto.

La tesoriere fa presente di aver pubblicato sul sito dell'Ordine la richiesta di preventivi con manifestazione di interesse per i contratti in scadenza: consulente del lavoro, impresa di pulizie, fornitura di cancelleria.

Valutate le proposte pervenute, è stato affidato il rinnovo all'impresa di pulizie "La Scaligera" la quale opera da noi da anni con professionalità.

Per i consulenti del lavoro, la scelta è stata rivolta alla d.ssa Monica Narlini la quale ha presentato la proposta più vantaggiosa.

Per la fornitura di cancelleria non essendo pervenuta alcuna proposta, la commissione ha deciso di rinnovare il contratto alla ditta Nicolis.

Il consiglio approva all'unanimità.

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

Il consiglio ratifica all'unanimità le determine presidenziali n. 8-9 in tema di iscrizioni.

VARIE ED EVENTUALI

Il presidente chiede al consiglio di approvare che l'importo di euro 2000, che la Fondazione ENPAM ha erogato all'Ordine, a titolo di rimborso spese per la partecipazione per il congresso svoltosi a Cortina in febbraio 2020, venga girato all'OMCeO di Rovigo, organizzatore dell'evento.

Dopo approfondita discussione il consiglio approva a maggioranza.

La d.ssa Musso chiede che venga messo a verbale, che il prossimo anno sarà contraria al coinvolgimento dell'Ordine a questo convegno.

La dott.ssa Boscagin esprime voto contrario.

Prende la parola la d.ssa Boscagin e ringrazia il consiglio per averla sostenuto in questi anni.

Il presidente ringrazia il consiglio e augura a tutti Buon Natale.

Alle ore 22.00 il consiglio in videoconferenza termina.

Nuovo Consiglio direttivo per il quadriennio 2021 - 2024

Nei giorni 28, 29 e 30 novembre 2020 si sono svolte, in terza convocazione, le elezioni per il rinnovo delle cariche dell'Ordine.

Un grazie a quanti hanno collaborato dedicandoci la loro disponibilità e decidendo di esercitare il diritto di voto. Da parte di tutto il Comitato di Redazione di Verona Medica i più vivi complimenti agli eletti e l'augurio di saper onorare la fiducia riposta in loro.

Il nuovo Consiglio si è riunito nei primi giorni di dicembre e ha provveduto all'assegnazione delle cariche direttive. Questo sarà, quindi, il nuovo Consiglio per il quadriennio 2021 - 2024.

Presidente

Dott. Carlo Rugiu

Nato a Torino, si è laureato a Padova nel 1980. Ha lavorato come Dirigente Medico nel reparto di Nefrologia e Dialisi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona dal 1989 e ora è Direttore della Nefrologia ed Emodialisi di Legnago. Collabora come docente alla Scuola per Infermieri professionali della AULSS 9 Scaligera. È stato vicepresidente nel Consiglio 2015-2017 e ora è al suo secondo mandato come Presidente dell'OMCeO di Verona.

Vice Presidente

Dott. Lucio Cordioli

Nato a Verona, si è laureato a Padova nel 1974. Ha lavorato a Villafranca come Medico di Medicina generale e a Povegliano come Odontoiatra, dedicandosi anche alla Medicina sportiva con particolare interesse per il ciclismo. Ha ricoperto la carica di Segretario in vari Consigli sotto la Presidenza di Giorgio De Sandre e di Francesco Orcalli e nel corso del

Consiglio 2012 - 2014. È al suo secondo mandato come vicepresidente dell'OMCeO, dopo aver ricoperto la stessa carica nel triennio 2018 - 2020.

Segretario

Dott.ssa Anna Tomezzoli

Nata a Verona, si è laureata a Verona nel 1986. Specialista in Anatomia Patologica, è dirigente medico presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, dove è responsabile della USD Diagnostica epatica e gastroenterologica. È presente nel Consiglio dell'Ordine dal 2018, prima in qualità di Revisore dei conti e oggi come Segretario. È componente dell'esecutivo nazionale di ANAAO Assomed.

Tesoriere

Dott.ssa Caterina Pastori

Nata a Riva del Garda (TN), si è laureata a Verona nel 1990. Specialista in Medicina Interna, dal Duemila lavora come Medico di Medicina generale a Garda. Tesoriere della sezione provinciale di Verona della Società Italiana di Medicina Generale. Componente del Comitato Tecnico Scientifico e tutor della Scuola Regionale di Formazione Specifica in Medicina Generale. Tutor per gli esami di Stato del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia Università degli studi di Verona. Presente in Consiglio dal 2015 come Revisore dei Conti. Già Tesoriere dell'Ordine per il triennio 2018/2020, riconfermata con la medesima carica per l'attuale mandato.

Consigliere

Dott. Francesco Orcalli

Nato a Venezia, si è laureato a Padova nel 1971 e si è specializzato in Chirurgia generale e Chirurgia toracica. Già Direttore del Dipartimento Chirurgico della ex Ulss 20 e Pro-

fessore a contratto dell'Università di Verona, già membro del Comitato etico regionale e della Commissione centrale esercenti del Ministero della Salute, è stato Segretario, Vicepresidente e Presidente per tre mandati dell'Ordine dei Medici di Verona. È stato membro del Consiglio dell'Ordine anche nel triennio 2018 - 2020.

Consigliere

Dott.ssa Anna Maria Musso

Nata a Verona, si è laureata a Verona nel 1990. Lavora come Dirigente di 1° livello presso l'Unità Operativa Complessa Neurologia A dell'Azienda Ospedaliera- Universitaria Integrata di Verona. È presente in Consiglio dal 2015 ed è stata riconfermata.

Consigliere

Dott. Giorgio Accordini

Nato a Bussolengo si è laureato a Padova nel 1980. Si è specializzato in Pediatria nel 1984 e lavora ora a San Pietro in Cariano come Pediatra di Libera Scelta. È presente in Consiglio dal 2012 ed è stato riconfermato

Consigliere

Dott. Fabio Facincani

Nato a Verona, si è laureato a Verona nel 1988. È il Responsabile del Servizio di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza dell'ospedale Pederzoli di Peschiera del Garda. Era presente anche nei precedenti quattro Consigli, nei quali ha ricoperto la carica di Revisore dei Conti prima e di Consigliere poi.

Consigliere

Prof. Alfredo Guglielmi

Nato a Legnago si è laureato a Padova nel 1979. È Professore Ordinario di Chirurgia Generale e Direttore della Chirurgia Generale ed Epatobiliare dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, polo di Borgo Roma.

Già presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Verona, è presente in Consiglio dal 2011 ed è stato riconfermato.

Consigliere

Dott. Federico Gobbi

Nato a Torino, si è laureato a Torino nel 1988. È dirigente medico del Centro per le malattie tropicali dell'Ircs Sacro Cuore Don Calabria di Negrar e collaboratore scientifico del progetto di sorveglianza per West Nile, Dengue, Chikungunya e Zika Virus per la Regione Veneto.

Consigliere

Dott. Sandro Bellamoli

Nato a Verona, si è laureato a Padova nel 1980. Specializzato in Chirurgia generale, lavora come medico di Medicina generale. È presente in Consiglio per la prima volta.

Consigliere

Dott. Giorgio Carrara

Nato a Verona, si è laureato a Padova nel 1977. Lavora a Verona come Medico Dentista Libero Professionista. Vicepresidente dal 2003 al 2009 e Segretario nel triennio 2009-2011, ha guidato il Consiglio dell'Ordine come Presidente, dopo la scomparsa di Pier Marcello Fazzini. Presidente della Commissione Odontoiatri dal 1985 al 1996, già componente della Commissione Centrale Esercenti Professioni Sanitarie del Ministero della Salute, è membro del Comitato di Bioetica Provinciale. È presente in Consiglio fin dal 1990.

Consigliere

Dott.ssa Letizia Formentini

Nata a Verona, si è laureata nel 2014. Specializzata in Medicina generale e attualmente lavora come Medico di Medicina generale presso la Medicina di gruppo di Grezzana. È presente nel Consiglio dell'Ordine per la prima volta.

Consigliere

Dott. Franco Bertaso

Nato a Verona, si è laureato nel 1983 a Padova. Si è specializzato in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo nel 1986 a Verona. Esercita come Medico di Medicina generale a Castel d'Azzano. Presente in Con-

siglio durante il triennio 2018-2020 come revisore dei conti, è stato riconfermato come consigliere.

Consigliere

Dott. Amedeo Elio

Nato a Vigasio nel 1961, si è laureato a Verona nel 1986. Ha frequentato la scuola del Prof. Dagradi e si è dedicato alla chirurgia. Ha lavorato come chirurgo generale a Bovolone, a Villafranca e a San Bonifacio dove dal 2014 è il Direttore della UOC di chirurgia. Presente in Consiglio per la volta durante il triennio 2018-2020, è stato riconfermato.

Consigliere Odontoiatra,

Dott.ssa Elena Boscagin

Nata a Verona si è laureata in Odontoiatria e Protesi Dentaria all'Università di Verona nel 1998. Svolge attività libero professionale come Odontoiatra a Verona. È presente nella Commissione Albo Odontoiatri dal 2012 ed è stata riconfermata come Presidente, dopo aver ricoperto lo stesso ruolo nel triennio 2018-2020. È uno dei due Consiglieri Odontoiatri presenti in Consiglio.

Consigliere Odontoiatra,

Dott. Umberto Luciano

Nato a Verona, si è laureato in Odontoiatria e protesi dentaria all'università di Verona nel 2012. Ha conseguito la Specializzazione in Chirurgia Odontostomatologica presso l'Università degli studi di Milano. Lavora come collaboratore libero professionista in alcuni studi di prestigio. Ha fatto parte della Commissione Albo Odontoiatri anche nel triennio 2018-2020 ed è stato riconfermato come Segretario. È uno dei due Consiglieri Odontoiatri presenti in Consiglio.

LA COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente,

Dott.ssa Elena Boscagin

Nata a Verona si è laureata in Odontoiatria e Protesi Dentaria all'Università di Verona nel 1998. Svolge attività libero professionale come Odontoiatra a Verona. È presente nella Commissione Albo Odontoiatri dal 2012 ed è stata riconfermata come Presidente, dopo aver ricoperto lo stesso ruolo

nel triennio 2018-2020. È uno dei due Consiglieri Odontoiatri presenti in Consiglio.

Vicepresidente,

Dott. Francesco Bovolin

Nato a Cologna Veneta si è laureato a Padova nel 1977. Lavora come Medico Dentista Libero Professionista a Castelnuovo del Garda. In passato ha lavorato come anestesista presso la Clinica Pederzoli di Peschiera del Garda. Presente in più mandati in consiglio, è stato riconfermato come Vicepresidente della Cao.

Segretario,

Dott. Umberto Luciano

Nato a Verona, si è laureato in Odontoiatria e protesi dentaria all'università di Verona nel 2012. Ha conseguito la Specializzazione in Chirurgia Odontostomatologica presso l'Università degli studi di Milano. Lavora come collaboratore libero professionista in alcuni studi di prestigio. Ha fatto parte della Commissione Albo Odontoiatri anche nel triennio 2018-2020 ed è stato riconfermato come Segretario. È uno dei due Consiglieri Odontoiatri presenti in Consiglio.

Consigliere,

Dott. Franco Zattoni

Nato a Verona, si è laureato a Padova in Medicina e Chirurgia. Ha conseguito la specialità in Odontostomatologia a Genova nel 1982. Lavora come libero professionista a Verona. È Consigliere Andi Verona per il terzo mandato. È presente nella Commissione Albo Odontoiatri per la seconda volta.

Consigliere,

Dott. Roberto Pace

Nato a Verona, si è laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria all'Università degli Studi di Parma. Dal 2000 esercita la libera professione nei propri ambulatori di Sommacampagna (Vr) e Verona. Dal 2003 è Consigliere Andi per la Provincia di Verona. Dal 2004 ha svolto attività didattica contestualmente ai corsi per OSS tenuti dalle ULSS nella provincia veronese. Dal 2007 Segretario Sindacale ANDI sez. Verona. Dal 2015 è membro della Commissione Albo Odontoiatri.

REVISORI DEI CONTI

Dott. Pasquale Cirillo

Nato a Verona, dove si è laureato nel 1984. Specializzato in Medicina del Lavoro dal 1988, svolge la propria attività presso l'Azienda ULSS 9 Scaligera ricoprendo l'incarico di direzione della UOSD Servizio Prevenzione Protezione e Radioprotezione di Verona e coordinando in ambito provinciale i Servizi di Prevenzione e Protezione dell'Azienda. Ricopre la carica di

revisore dei conti per la prima volta, dopo essere stato presente in Consiglio anche durante lo scorso triennio.

Dott.ssa Vania Braga

Nata a Castelforte (MN) si è laureata a Verona. È Responsabile dell'Ambulatorio per la diagnosi e la terapia dell'Osteoporosi presso il Centro di Riferimento Regionale dell'Osteoporosi dell'ASL 9 a Verona. Già Consigliere dal 2009 al 2020, la carica le è stata riconfermata.

Dott. Marco Barbetta, revisore supplente

Nato a Verona, dove si è laureato nel 2013. Specializzato in Igiene e Medicina preventiva, è direttore sanitario della Fondazione Pia Opera Ciccarelli O.N.L.U.S. Ha svolto diversi incarichi nella Medicina territoriale, tra cui quello di Medico responsabile presso i Centri Vaccinazione Popolazione anti Covid-19 della Ulss9 Scaligera. È al suo primo mandato.

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.



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

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 2 DICEMBRE 2020

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

A seguito delle elezioni per il rinnovo della Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri per il quadriennio 2021/2024, svoltesi nei giorni 28/29/30 novembre 2020, presso la sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Verona, ai sensi dell'art. 20 del DPR N. 221 del 05/04/1950, in data 12 dicembre alle ore 17.00 si sono riuniti i 5 eletti per l'elezione del Presidente della Commissione per l'Albo Odontoiatri. Funge da Segretario il membro anziano Dott. Francesco Bovolin.

Il membro più giovane, Dott. Umberto Luciano provvederà allo spoglio. Il risultato è il seguente:

- Presidente:
Dott.ssa Boscagin Elena - ha ottenuto voti 4 – schede bianche 1
- Vice Presidente:
Dott. Francesco Bovolin - ha ottenuto voti 4 - schede bianche 1
- Segretario:
Dott. Umberto Luciano - ha ottenuto voti 4 - schede bianche 1

Null'altro da deliberare alle ore 18,30 la seduta è terminata.

IL COMPONENTE ANZIANO
DOTT. FRANCESCO BOVOLIN



VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 17 NOVEMBRE 2020

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

Alle ore 18 inizia la riunione

Letture ed approvazione verbale precedente:

- Come da O.d.G. viene letto e approvato il testo del verbale della riunione precedente

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

- A seguire il Presidente informa che il procedimento disciplinare aperto nei confronti della dott.ssa Q è stato sospeso e posticipato per motivi di opportunità legati al momento elettorale in essere e pertanto si svolgerà nel 2021 in data da destinarsi.
- Si parla poi di ambulatorio XX di San Bonifacio. Dalle immagini inviate a quest'Ordine appare il nominativo, quale Direttore Sanitario, di certa dott.ssa K, la quale non risulta iscritta, né come odontoiatra né come medico, ad alcun Albo professionale in Italia. Poiché in precedenza risultava direttore sanitario certa dott.ssa YY, regolarmente iscritta a Verona, ma non sono note variazioni della direzione, sarà inviata richiesta al Comune di Sano Bonifacio per conoscere i dati presenti nell'autorizzazione rilasciata.
- Viene poi data lettura della sentenza del Consiglio di Stato n. 1703 del 09/03/2020 che inibisce al laureato in Igiene Dentale la possibilità di aprire uno studio professionale autonomo ove esercitare la sua professione. Parlandosi di igienisti

dentali il dott. Bovolin si inserisce rammentando ai presenti che, come riportato in articolo su Arena del 2 novembre u.s., il Dr. Filippo Girlanda è stato eletto Presidente dell'albo delle professioni sanitarie di laurea breve. La cosa risulta di nostro interesse in quanto è finalmente presente una figura apicale cui fare riferimento nel caso si ritenga utile denunciare, per qualsiasi motivo, il comportamento ritenuto illecito da parte di un igienista dentale.

- Viene poi letta la segnalazione del dott. HH che denuncia da parte di "SDFG" la pubblicizzazione di "visita odontoiatrica + igiene professionale" a 60 €. Medesima pubblicità era stata a lui negata da questa CAO. La CAO inoltrerà denuncia ad Antitrust e ne verrà data notizia al dott. HH. Anche i direttori sanitari di SDFG esercenti sul territorio veronese saranno notificati di tale denuncia.

A far seguito la CAO discute di una relazione istruttoria mentre poi viene dato incarico all'avvocato dell'Ordine di resistere al gravame verso due ricorsi presentati da odontoiatri alla Commissione Centrale Esercenti Professioni Sanitarie per due "censure" comminate da questa CAO.

VARIE ED EVENTUALI:

- si apre discussione sulla querelle in questi giorni assai sentita per la liceità e conseguenti esposti medico legali dell'uso di esami anti Covid-19 con tampone nasofaringeo. Il Presidente da lettura delle lettere del Presidente FNOMCeO dott. Anelli e del Presidente FNCAO dott. landolo di interrogazione al Ministero della Salute sui dubbi ingenerati dall'uso di tali presidi medici e loro lettura, nonché delle interviste in seguito rilasciate da

entrambi. Si discute sull'opportunità e sulla liceità di refertazione dei risultati ottenuti. La CAO di Verona, allineandosi a quanto deciso da tutti i Presidenti CAO del Veneto, da la proprio disponibilità a promuovere da parte degli odontoiatri di Verona la collaborazione volontaria all'esecuzione di tamponi nasofaringei presso i loro studi.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 27 GENNAIO 2021

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

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

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

- il Presidente da lettura di lettera a firma del dott. Renzo, già Presidente CAO Nazionale e attualmente Presidente CAO di Messina, riguardante il suo intervento in as-

semblea dei presidenti CAO del 10 dicembre u.s.. La CAO prende atto.

- **Questione vaccini:** prende la parola il dott. Bovolín che riferisce di alcuni casi di colleghi che non desiderano vaccinarsi o che hanno dipendenti contrari alla vaccinazione. All'Ordine sono già pervenute alcune richieste di chiarimenti. Il dott. Bovolín mostra un documento di "odontoiatria 33" (a firma prof. Buccelli) che cita, con articoli di legge, le motivazioni per cui dovrebbe essere obbligatorio il vaccino, anche per motivi etici. Si apre ampio dibattito. Il presidente informa che verrà stilato un documento su questo argomento e che ne varrà data comunicazione agli iscritti.

- **Igienisti dentali:** il dott. Bovolín informa i presenti di aver avuto un incontro con la presidente dell'albo igienisti, dott.ssa Francesca Spampinato. Sono stati affrontati diversi temi, il principale dei quali era la questione dei vaccini da parte degli igienisti collaboranti presso vari studi dentistici. La posizione dell'Ordine Medici e Odontoiatri, ovviamente, è che le vaccinazioni di questa categoria, gli

igienisti, deve essere curata e portata a buon fine dal loro albo competente, inserito nell'ordine delle professioni sanitarie. La dott.ssa prende atto. Sono state poi chiarite le competenze dei vari ordini, Medici Odontoiatri e Igienisti, per avere nel futuro una comunanza di rapporti che possa rivelarsi utile nelle vicende di comune interesse.

- **Dott. KK:** il Sanitario comunica di aver assunto l'incarico di direttore sanitario presso il centro dentistico "RTY" in sostituzione del Dott. JJ. Il Dott. K ha fatto pervenire all'Ordine una richiesta di parere per informazione sanitaria. La Cao approva e da parere favorevole. Viene deliberato di invitare a colloquio il sanitario per informarlo sui doveri del direttore sanitario.

Vengono poi presi in esame, come relazioni istruttorie, due casi. Per entrambi saranno inviati inviti a colloquio ai sanitari interessati.

Ancora due casi, procedimenti disciplinari, vengono discussi. Uno viene concluso con una archiviazione mentre l'altro avrà seguito con un procedimento disciplinare.

ANNUNCIO NUOVO CORSO FAD SU "I MARCATORI TUMORALI"

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

Dai dati disponibili risulta che in Italia la prescrizione dei marcatori in Italia è molto più frequente di quanto presupporrebbe l'epidemiologia dei tumori solidi, suggerendo un'inappropriatezza prescrittiva per eccesso, con conseguente elevato rischio di sovra-diagnosi. Numerosi fattori contribuiscono a indurre questa eccessiva prescrizione: il timore del medico di "mancare" una diagnosi, il bisogno di rassicurazione del paziente, il fatto che il marcatore è un test poco invasivo e facilmente disponibile, la fiducia acritica nelle nuove tecnologie, l'attitudine a ritenere che "di più è meglio".

L'impiego dei marcatori in oncologia è quindi esempio di come uno strumento importante per un'ottimale gestione del paziente venga spesso usato in modo improprio.

Il corso si propone di offrire indicazioni evidence based circa l'applicazione, in modo appropriato, dei marcatori nei diversi scenari di pratica clinica.

L'importanza della vaccinazione dTpa in gravidanza

Il Covid-19 colpisce principalmente i polmoni, i reni, l'apparato cardiovascolare e il sistema nervoso.

Nei polmoni, l'attivazione citochinica virus-mediata nei macrofagi alveolari si traduce in fibrosi e danno polmonare. Nel rene, il legame diretto con il NLRP3 può causare la sua attivazione con danno e morte cellulare. Nel cuore, si assiste a miocardite e nei vasi alla formazione di coaguli di sangue. Nel cervello, il bulbo olfattivo viene infettato da SARS-CoV-2, con conseguente anosmia e sono segnalate malattie neurodegenerative nei pazienti guariti.¹

Le complicanze da Covid-19 possono portare ad una compromissione persistente degli organi con conseguenze anche oltre la guarigione. Anche se gli studi sono ancora limitati, i soggetti guariti da Covid-19, specie se ospedalizzati, mostrano sequele cliniche anche molto dopo la risoluzione della sintomatologia respiratoria e la negativizzazione del tampone molecolare.

In uno studio condotto a Roma su pazienti con pregressa infezione da Covid e ricoverati al Policlinico Gemelli, solo il 12.6 % è risultato completamente libero da sintomi a 60 giorni dalla dimissione, mentre il 32% ne ha uno e 55% tre o più; il sintomo più frequentemente riportato è l'astenia nel 53%, seguito da dispnea nel 43%, artralgie e dolore toracico.²

In tali individui, occorre prevenire ulteriori complicanze da malattie infettive che potrebbero causare aggravamenti delle condizioni preesistenti ed è opportuno limitare le manifestazioni respiratorie o febbrili sia durante la stagione autunno-invernale che tutto l'anno.

L'influenza, la polmonite da pneumococco e la pertosse sono malattie respiratorie vaccino prevenibili su cui occorre concentrare gli sforzi anche e soprattutto nei pazienti guariti da Covid-19.

Un recente studio, realizzato a Cleveland in Ohio (USA) e pubblicato sulla rivista Chest nel 2020, ha raccolto tutti i dati dei soggetti testati per il Covid-19 ed è emerso che i soggetti precedentemente vaccinati contro l'influenza e contro lo pneumococco hanno un rischio minore di risultare positivi al tampone per il nuovo coronavirus.³

Gli autori hanno fornito due possibili spiegazioni: la prima che il vaccino antinfluenzale attivi in maniera sostenuta i recettori Toll-Like di tipo 7, molto importanti per contrastare il virus a RNA come il SARS-CoV-2, la seconda che le persone che si vaccinano avrebbero semplicemente comportamenti in generale più sicuri rispetto al proprio stato di salute.

L'Università di Basilea e di San Paolo (Brasile) hanno studiato 92.000 soggetti affetti da Covid-19. Fra i molti parametri analizzati, hanno trovato che circa un terzo dei soggetti avevano ricevuto un vaccino trivalente durante l'ultima campagna per la vaccinazione antinfluenzale e che i vaccinati contro l'influenza avevano in media una probabilità inferiore dell'8% di venir ricoverati in terapia intensiva, una probabilità inferiore del 13% di aver bisogno di ventilazione meccanica e una probabilità di morte più bassa del 17%. L'effetto "protettivo" si era verificato solo in quei soggetti che si erano sottoposti alla vaccinazione nella campagna vaccinale immediatamente precedente all'infezione. Come possibile spiegazione di tale risultato, gli autori hanno proposto che la vaccinazione

induca un cambiamento nell'immunità innata: le cellule della memoria immunologica attivate da antigeni naturali o artificiali (come il vaccino) difenderebbero il corpo da più agenti patogeni, compresi quelli non interessati dal vaccino stesso.

In Italia, vi sono differenti modelli organizzativi, da regione a regione, con differenti modalità distributive, somministrazione e gratuità dei vaccini che varia per classi di età o rischio. Ma il MMG, caratterizzato dalla prossimità, gratuità, accessibilità e dalla conoscenza dei bisogni assistenziali, da semplice promotore si è nel tempo affermato come qualificato attore dell'organizzazione ed effettuazione dei programmi vaccinali e grazie, al rapporto di fiducia col proprio assistito, può contribuire a creare una cultura vaccinale che superi anche eventuali esitazioni o scarsa consapevolezza del rischio nei pazienti post Covid-19.

La vaccinazione antinfluenzale viene offerta durante la campagna vaccinale antinfluenzale annuale e quella antipneumococcica può essere offerta simultaneamente alla vaccinazione antiinfluenzale ma può anche essere somministrata in qualsiasi stagione dell'anno, preferibilmente nella schedula sequenziale (PVC-13 e poi PPV-23). Per la pertosse, nel Calendario del PNPV 2017-2019 viene raccomandato un richiamo con dTpa ogni 10 anni a tutti i soggetti che abbiano compiuto 18 anni.

La vaccinazione anti Covi-19 non contrasta con una precedente infezione da COVID-19, anzi potenzia la sua memoria immunitaria, per cui non è utile alcun test prima della vaccinazione. Tuttavia, coloro che hanno avuto una diagnosi di positività a COVID-19 non necessitano di una

vaccinazione nella prima fase della campagna vaccinale, mentre potrebbe essere considerata quando si otterranno dati sulla durata della protezione immunitaria.

Nel caso di persone con infezione/malattia da SARS CoV 2 confermata da un test molecolare o antigenico

di terza generazione dopo la prima dose di vaccino, l'infezione stessa rappresenta un potente stimolo per il sistema immunitario che si somma a quello fornito dalla prima dose di vaccino.

Alla luce di questo e del fatto che l'infezione naturale conferisce una risposta immunitaria specifica per il

virus, non è indicato somministrare a queste persone la seconda dose vaccinale. La vaccinazione parziale e la successiva infezione non precludono un eventuale richiamo della vaccinazione anti COVID-19 nel futuro, se i dati sulla durata della protezione immunitaria indicheranno questa necessità.⁴

- 1 Meredith W., Jennifer C.F., Jocelyn K., Catherine M. How does coronavirus kill? Clinicians trace a ferocious rampage through the body, from brain to toes. *Science*. 2020 doi: 10.1126/science.abc3208. Published on 17th April, 2020.
- 2 Carfi A, Bernabei R, Landi F, for the Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA*. 2020;324(6):603–605. doi:10.1001/jama.2020.12603
- 3 Jehi L, Ji X, Milinovich A, Erzurum S, Rubin B, Gordon S, Young J, Kattan MW, Individualizing risk prediction for positive COVID-19 testing: results from 11,672 patients., *CHEST* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.05.580>
- 4 <https://www.aifa.gov.it/domande-e-risposte-su-vaccini-mrna>

DA METIS NEWS LETTER

SERVIZI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI DI VERONA

OFFERTI AGLI ISCRITTI

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

CONSULENZA LEGALE (Avv. Donatella GOBBI)

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

CONSULENZA MEDICO LEGALE (Dott.ssa Federica BORTOLOTTI)

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

CONSULENTE FISCALE (Dott.ssa Graziella MANICARDI)

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

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

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

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

Riflessioni Neuromusicali: Aggiornamenti.

Il genio musicale è genetico?:

Si eredita il carattere o si diventa geniali per il sommarsi di vari elementi, come l'ambiente familiare con l'incoraggiamento a ..., l'intelligenza, la possibilità di praticare musica presto, molte risorse a disposizione?

Sebbene l'eredità sembri suggestiva in molte famiglie come quella Bach, che aveva uno stuolo di 15 figli - tutti musicisti, come gli avi per molte generazioni, prevale l'idea che conti più l'ambiente, con la particolarità che le famiglie "musicali" ereditano la predisposizione a fare musica indipendentemente dallo strumento: i fratelli possono essere ben musicisti, ma l'uno pianista l'altro violinista o flautista o batterista. Pare proprio che la maggior parte del genere umano abbia delle buone doti musicali innate e che tutti possano raggiungere un discreto livello musicale con l'esercizio e una buona motivazione.

Peraltro nel cromosoma 8 si sono visti dei geni del musicista, implicati in più di un tratto musicale, per esempio nell'orecchio assoluto, ma anche il cromosoma 4 è legato ad (altri) caratteri musicali. Numerose persone si considerano stonate, una condizione che sappiamo rara in natura, dato che l'amusia congenita (incapacità di "sentire" la musica) colpisce il 4% della popolazione.

Basi biologiche-evolutive della musicalità: la musicalità:

è una positiva evoluzione-epifenomeno- del linguaggio che si basa sulle possibilità neuroanatomiche e plasticità cerebrale umana, assieme all'utilità sociale e forse l'influenza sulla riproduzione. Sacks ripeteva che l'uomo è in essenza "musicofilico". Le sue caratteristiche, in una svolta evolutiva, hanno incrociato la "musica" esaltandone al massimo le

potenzialità. L'uomo sarebbe l'unico che apprezza la musica tra i primati; avrebbe sviluppato la sua affinità musicale perchè gli ha permesso interazioni sociali complesse, arricchendo il linguaggio verbale con una comunicazione più ricca di emozioni. Nei popoli più primitivi ha valore soprattutto per lo stare assieme.

Puntualizziamo: Non esiste un centro cerebrale della musica!

In linea di massima, nell'elaborare una melodia prevale l'emisfero cerebrale destro (l'artista). Il cervello sinistro (il ragioniere) invece fa un'analisi dettagliata. C'è differenza nella parte del cervello attivata nell'ascoltare musica tra musicisti ed inesperti. Oltre che la "dominanza" delle due metà cerebrali è studiata anche la dominanza di un orecchio sull'altro. Il cervello sembra possedere un substrato altamente specializzato riservato alla musica, che si avvale della presenza di multiple stazioni e circuiti ampiamente distribuiti. Ascoltando i vari tipi di musica, (penso più alle rilassanti che alle allegre), abbiamo nette modificazioni del sistema vegetativo che regola funzioni come la pressione arteriosa (può ridursi), il respiro e ritmo-battito cardiaco (rallentarsi) e la sudorazione (bloccarsi). Controllare per credere.

Efficacia della musica nella pratica sportiva:

è comprovata per il raggiungimento di buoni risultati; utile per accompagnare, dettare il ritmo di una attività fisica -motoria competitiva ma anche per facilitare quella da palestra x mantenerci in salute e forma. Spesso un supporto prezioso per l'attività motoria da lieve a moderata ma anche un buon sottofondo e compagnia per il lavoro fisico e mentale monotono.

Movimento e emozione:

la miglior musica è quella dal vivo perchè più coinvolgente, più accattivante. Lo spettatore gode nel vedere movimenti ed espressioni emotive del musicista che potenziano il messaggio musicale. È più piacevole se è prevista una pre-spiegazione/ esegesi, come nelle visite guidate. Brani musicali come i ballabili o le marce provocano risposte decisamente motorie: ci troviamo automaticamente a battere il tempo con il piede o con movimenti del corpo. Anche le buffe mossette dei piccolini con la musica e canto dicono quanto essa è legata-induce al movimento. Il far musica attiva è molto consigliato anche ai malati perchè stimola svariati sistemi motori, dà più soddisfazione e impegna di più il cervello.

Efficacia nelle malattie e benessere:

È decisamente confermato l'utilizzo della musica e musicoterapia nel vasto campo riabilitativo in un crescente numero di malattie specie neurologiche, dall'Alzheimer al Parkinson, dalla sclerosi multipla a forme degenerative, così come nelle varie forme di paresi- paralisi -in primis l'ictus-, dalle psicosi alla SLA, dalla fibromialgia all'artrite, dalla palliativa all'autismo. Assieme alla figura del fisio kinesiterapista potrebbe esser richiesta l'opera di un musicoterapista anche privatamente (o attraverso le associazioni di pazienti), se non possibile a livello istituzionale. La musica passiva/d'ascolto oppure attiva /suonata-cantata e guidata) viene utilizzata anche x alterazioni emotive, disturbi della coscienza e coma, x ridurre la sofferenza in ambienti di cura, nel cercare il benessere o sollievo in varie situazioni critiche di vita o salute. Riesce a contrastare la depressione, facilitare il movimento in fase di convalescenza, sedare

l'ansia, favorire o indurre il sonno, combattere anche l'ipertensione. La musica "pervasiva" in una società idealmente e diffusamente "musicizzata" per l'intervento di politici - amministratori convinti è auspicabile per gli anziani già nelle abitazioni e centri di aggregazione e per mantenere e incrementare un loro buon livello fisico, mentale, sociale ed emozionale. Andrebbe utilizzata negli ospedali, nelle RSA e case di riposo, nelle strutture psichiatriche e per i minorati per alleviare paura e disagio, favorire il recupero. La stimolazione sensoriale e in generale intellettiva-mentale della musica aiuterebbe corpo e cervello a superare le difficoltà ed handicap mentre recupera, rallegra e rende più acuti.

La musica e musicoterapia (indicante l'intervento di uno specifico operatore preparato a lavorare anche su pazienti) dovrebbe ben importante anche per pazienti oncologici perchè diminuisce i dolori e migliora la qualità di vita. Una revisione dell'autorevole Cochrane conferma che qui la musica è efficace nel ridurre l'ansia, l'affaticamento e altri sintomi fisici, riducendo il ricorso ai farmaci. Di rilievo il beneficio di far parte di una corale o di frequentare scuole di musica x senior (senza limite d'età) per combattere la solitudine e godere di buona musica ; suggerimento per gruppi,comuni,parrocchie, associazioni,scuole di musica, istituzioni.

Che musica proporre?

Per molti la musica è sempre bella ma si discute molto qual'è quella proprio migliore, da privilegiare. Esiste di certo molta musica spazzatura,accozzaglia di suoni senza profondità, invasiva e senza spessore, che non ci risuona dentro, e la musica prestigiosa del periodo classico e postclassico che si dovrebbe preferire specie se gustata dal vivo. Ha valore pure quella jazz,folkloristica e popolare, colonna sonora dei nostri anni migliori, con il potere di riportare ricordi ed emozioni della giovinezza, e quella del musicoterapista, personalizzata-semplificata, con valenza specifica di cura. Da escludere di certo molti

tipi di contemporanea, fracassona, insipida, diseducativa, che non ci giova,non ci da nulla,fatta per essere rapidamente consumata e dimenticata; molto poi dipende da stato d'animo e contesto di vita; in un certo momento può aiutarci anche quella più strana,meno nobile, che però ci fa piacere ascoltare o fare in una particolare situazione.

Dolore e musica:

La musica distrae, ti fa dimenticare, allontanare dal dolore e può dare al paziente una sensazione profonda di poterlo affrontare .Determina una inibizione endogena del dolore per il rilascio di endorfine (analoghi endogeni dell'oppio che contrastano il dolore) e fa diminuire l'uso di farmaci antidolorifici.

Nella piccola chirurgia o miniinvasiva - in odontoiatria e nel parto, va proposta preliminarmente (sala di aspetto) per rilassare,ridurre l'aprensione, per poi utilizzare, durante la fase più dolorosa, dei brani preferiti/già concordati col paziente/ o scelti tra apposite playlist pubblicate, in accoppiata comunque ai classici farmaci antidolore. Il dolore è meglio controllato se il paziente riesce ad evitare le varie reazioni vegetative e di paura come cardiopalmo, respiro affannoso, tremori-sudorazione, grida. La musica lenta certamente calmerà cuore e respiro.

Beneficio di amare-praticare la musica:

gli esperti ripetono che una intensa attività musicale a lungo nella vita, come nei professionisti, ha la forte probabilità di poter preservare nel tempo le riserve cognitive-mentali, come una "assicurazione" contro il decadimento mentale senile, e che molti musicisti campano a lungo, lucidi ed attivi da vecchi. E si dice: quando si fa musica non si pensa mai male (non si han pensieri negativi/aggressivi).

L'addestramento-istruzione musicale induce:

cambiamenti-modificazioni nel cervello sia macroscopiche che funzionali (nelle sue connessioni viste grazie alla risonanza avanzata) ,x mo-

difiche nei sistemi motori coinvolti nel canto o nel suonare uno strumento, cambiamenti nelle aree del sistema uditivo cerebrale atte a riconoscerne elementi costitutivi (caratteristiche della struttura musicale come armonia, ritmo e metrica); infine rinforzo delle aree visive per la pratica di lettura degli spartiti musicali.

La risposta registrata dal cervello alle note suonate su un pianoforte per esempio è maggiore del 25% nei musicisti. Questo fenomeno è legato all'età di inizio degli studi musicali: prima ha cominciato, maggiore è l'incremento (come nello spessore della corteccia cerebrale).

Quando un settore cognitivo diventa particolarmente rilevante, la connettività cerebrale subisce una riorganizzazione su vasta scala, indicando una forte plasticità nella formazione dei circuiti corticali, stimolando la musica massicciamente le vie di associazione visive, acustiche ma anche motorie, rilevanti x le ricadute sull'attivazione e rieducazione appunto motoria. Il semplice ascolto della musica sarebbe già una sorta di comoda,straordinaria "ginnastica passiva" cerebrale.

Vantaggiosa l'educazione musicale nei bambini:

meglio se precoce e scolastica e comprendente musica dei vari generi-culture. Per gli esperti: Migliora le abilità motorie, coordinazione e manualità. Migliora lo sviluppo del linguaggio, l'acquisizione di altre lingue e abilità matematiche. Farebbe lavorare meglio e di più il cervello migliorando la memoria e la concentrazione. Migliora la disciplina e capacità di saper lavorare in gruppo. Favorisce la creatività dei piccoli. Aumenta l'attenzione (fondamentale per lo studio anche musicale). Fa raggiungere le migliori pagelle scolastiche. Aiuta i bambini problematici, malati, con handicap, meno dotati e la loro gestione in classe. Già dalle elementari si dovrebbe insegnare ed usare di più la musica per facilitare gli esercizi fisici e migliorare la loro esecuzione. La

musica accompagna e favorisce la danza e il ballo. È usata anche per movimenti stilistici e negli sport di esibizione.

Maggiori sono le conoscenze musicali maggiore sarà la possibilità da grande e anziano di poter gioire della musica ascoltata e praticata. Pare proprio che introdurre il figlio anche piccolo alla musica sia il miglior regalo che i genitori possano fargli.

Ideale che l'inizio del training musicale, motorio e uditivo cada quando il cervello è in periodo critico (molto favorevole) di sviluppo/fertilità, cioè precocemente, ma non troppo (non prima dei 4 anni) per non richiedere l'impossibile e stressare il bambino), e -importante- evitando di considerarlo già un genietto perchè fa cose sorprendenti; va aiutato a maturare globalmente, fiduciosi che comunque lo studio e pratica portati avanti giornalmente per anni induce incredibili adattamenti del cervello perchè è straordinariamente plastico e plasmabile nell'infanzia.

L'altalena delle scoperte scientifiche. l'effetto Mozart:

Gli scienziati non sono riusciti a dimostrare l'esistenza dell'effetto Mozart studiato con conclusioni diverse a partire dal '90. Nel '98 il governatore della Georgia (non il solo) è stato travolto da una campagna mediatica a aver fatto acquistare a tutte le famiglie con bambini un cd di Mozart basandosi su di un articolo a favore. Tra vero e falso la polemica si è trascinata a lungo, nonostante che pareva che anche i topolini migliorassero l'efficienza di uscire da un labirinto dopo l'ascolto di Mozart. Anche se l'effetto di far divenire più intelligenti i bambini che ascoltano una particolare suonata di Mozart (la k448) non è dimostrato, è chiaro che la musica, meglio se del periodo classico/settecento) con il carattere simmetrico, sereno, equilibrato, con ripetizioni -elaborazioni di vario genere, e la grande quadratura matematica che tanto piace al cervello, porta benefici allo sviluppo mentale e pure fisico del bambini; meglio se si aggiunge una educazione musicale e l'insegnamento di uno strumen-

to. Allora forse hanno ragione quei genitori che hanno incluso nella routine dell'weekend di stare con i figli ad ascoltare-suonare assieme un'orretta della miglior musica.

Si chiama melomics health e viene da Malaga

L'idea di creare melodie - brani musicali artificiali- con sintetizzatori, algoritmi e l'intelligenza artificiale (setting sperimentali scientificamente validati) per studiare gli effetti fisiologici della musica, premessa a comprendere meglio come e perchè un certo tipo di ascolto musicale produce specifici effetti, forse preludio dell'uso della musica come un farmaco (certa musica x certa malattia); altro stupefacente progresso che ci affascina nel seguire gli studi su cervello, musica e musicoterapia.

Curiosità: I vermi musicali cerebrali-acustici (earworms)

Così si chiamano i motivi musicali che sono ricorrenti nella nostra mente (il ritornello che non smette mai), non riusciamo a far cessare con la volontà, a lungo fastidiosi, refrattari a tutto, favoriti da riduzione dell'udito, ansia, depressione, uso di certi farmaci; ma non sono patologici. La colpa non è dell'orecchio ma del cervello che è ossessivo e ripetitivo nel suo funzionamento. Forse qualche stratagemma per stopparli c'è: provare spalancando la bocca e gridando, riascoltando quel pezzo fino alla fine, dedicarsi al altro di distraente. La lotta frontale contro di essi li renderebbe ancor più assillanti.

Sinestesia è un alterato fenomeno percettivo in cui la stimolazione di un senso, come l'udito, stimola contemporaneamente un'altra via come la visiva o tattile. Ascoltando musica, si avvertirà una sensazione visiva, in forma di colore o lettere o numeri o sfioramento o altre strane sensazioni.

L'orecchio assoluto o Absolute-perfect Pitch è la straordinaria capacità di numerosi musicisti, ma non solo, di riconoscere l'altezza di una nota e tonalità del brano senza alcun riferimento o suggerimento. Spesso vi sono sinestesie, ereditarietà e lunga pratica musicale.

Si sta studiando se effettivamente ascoltare certa musica - di nuovo Mozart- sia una cura o un aiuto per l'epilessia. Sarebbe in apparente contrasto con l'epilessia musicogenica, un tipo molto raro di crisi epilettiche "riflesse" scatenate proprio dall'ascolto o anche dal pensiero di un brano musicale, o anche semplici note a forte impatto emotivo, a partenza dal lobo temporale (quello acustico) di dx, fortunatamente trattabile con farmaci o chirurgia.

Buone notizie:

È proprio confermato x i musicisti l'utilità del più potente veleno che c'è in natura: la tossina botulinica, sorella di quella del tetano, usata soprattutto a scopo estetico. Viene iniettata quando il musicista-strumentista è colpito da un disturbo del controllo-coordinazione muscolare tipico del superlavoro, come nel preparare un pezzo difficile, analogamente a quanto succede nel "crampo" dello scrivano. Il neurologo esperto in tossina studierà se c'è un conflitto tra muscoli che si attivano disordinatamente e potrà risolvere il problema ridonando a molti che non riuscivano più a suonare il ritorno miracoloso al lavoro.

Eccezionale la cura con la musica (o meglio il canto) per superare una lesione - in genere per ictus- del centro della parola (l'afasia). Il paziente si eserciterà e migliorerà cantando invece che pronunciandole, le parole o frasi che non riesce ad esprimere con la semplice parlata.

Assodato che chi era un musicista, pianista da tempo (un professionista) ha buona chance di riprendersi da una paresi della mano se era quella + usata x suonare, specie fin da bambino, perchè il cervello li era supersviluppato e sopporta-supplisce alla lesione.

Sull'effetto terapeutico del binomio musica-linguaggio del songwriting:

Il musicoterapista C.Tregambe lo spiega convinto: è l'utilizzo creativo della scrittura di canzoni, originale strumento già consolidato in ambito terapeutico, proposto dai musicoterapeuti che lavorano negli ambiti

preventivo, scolastico, demenze e dipendenze. È una delle varie tecniche di musicoterapia validate a migliorare i pazienti con morbo di Alzheimer. Con la guida del musicoterapista i pazienti (il lavoro può svolgersi sia singolarmente che in gruppo) sono condotti all'interno di un'attività creativa che culmina nell'ideazione e nella scrittura del testo (e, ove possibile, anche la parte musicale) di una canzone coerente con gli obiettivi terapeutici. Il processo che porta alla canzone tramite l'utilizzo di uno strumento piacevole e creativo, valorizza le capacità residue degli utenti, portando un possibile miglioramento delle facoltà cognitive e, nel caso di un'attività di gruppo, al miglioramento della coesione di gruppo dello stesso.

Cervello ed improvvisazione:

scoperto cosa succede quando un musicista si alza in piedi per fare l'improvvisazione/ il suo assolo. Emerge l'apoteosi della creatività, la libertà, lo stato indifferenziato -regressivo; pur col rispetto di qualche regola musicale fondamentale, ma con l'emergere di ricordi e conoscenze musicali attinti dalla immensa e straordinaria musicoteca del cervello : tutto connesso a un tipico schema di attivazione cerebrale (ora visto bene con la risonanza) nella zona prefrontale (la parte + anteriore del cervello-sopra gli occhi, addetta a controllare la nostra istintualità) con disattivazione di altre parti che spengono i nostri filtri, lasciando libero il cervello. Ciò permette una generazione interna di idee e la formazione di connessioni senza freni/ approvazione sociale; Ricorda le associazioni libere di Freud. Il solista ora è il bambino che fa i primi passi da solo-"senza rete"-per poi rientrare, finita la sua esibizione-fatto il suo volo, soddisfatto nel gruppo solidale/protettivo, ove dovrà però rispettare "regole" formali, meno entusiasmati.

Perché la musica ci piace così tanto? La gioia della musica spiegata nei dettagli a Montreal.

Si è arrivati con studi raffinati a comprendere finalmente i suoi segreti neurochimici, non proprio

semplici: Gran parte della musica sfrutta il sistema di ricompensa-gratificazione del cervello- quello che riguarda anche gioco d'azzardo droga, sesso, cibo (i piaceri della vita) con il rilascio di di dopamina e di oppioidi per procurarci gioia e motivarci a riascoltarla ancora, (maggiormente per il genere musicale che si preferisce). Si attiva il sistema del piacere e delle emozioni: può comparire una "eccitazione- della pelle" con orripilazione e brividi di piacere lungo la schiena. Nessun altro mezzo di comunicazione (vedi linguaggio) sarebbe in grado di provocare risposte emotive altrettanto forti.

L'autogratificazione dell'ascolto musicale è un efficiente conforto tonificante sempre pronto a consolarci e rallegrarci. La ricerchiamo infatti quando ci sentiamo giù, sempre che non siamo tra i pochi sfortunati che non vi provano piacere (anedonia musicale). Il piacere musicale coinvolge tutto il cervello, ma in particolare il sistema limbico tra cui l'ippocampo x i ricordi, l'amigdala (per il significato emozionale degli stimoli) il centrale nucleo accumbens e i nuclei della base con il rilascio di "neuro-tramettitori" del piacere.). Recenti, ingegnosi esperimenti hanno riconosciuto una sorprendente via ulteriore del piacere musicale "da aspettativa" che percorre un circuito cerebrale simile.

La gratificazione è minore-assente quando la conclusione (musicale) è esattamente come previsto (piuttosto noiosa) o quando è completamente imprevedibile mentre è massima quando tocca un punto "caldo/hot spot " (se meglio di quanto aspettato). Rispettando il brano musicale delle regole musicali fisse, noi supponiamo che un suono sarà seguito da un'altro, uno svolgimento del tema-musicale avrà una certa conclusione obbligata. La previsione è la capacità di anticipare gli eventi per preparare una risposta adeguata, essenziale nella nostra vita. Ne deriva che quando ascoltiamo musica, non solo ne valutiamo relazioni e proprietà nelle aree cerebrali acustiche e frontali (brave in queste analisi), ma facciamo immediatamente

previsioni su ciò che accadrà). La violazione di tali aspettative e la differenza tra quanto ci aspettiamo e quanto in realtà avviene fa scattare il sistema di ricompensa. Lo sa bene il musicista, che suscita il maggior piacere dalla tensione creata, portando l'ascoltatore ad aspettare a bocca aperta la conclusione, a volte volutamente posticipata -manipolata. L'aspettativa sarebbe evocata dall'anticipazione mentale della parte più godibile nei brani se familiari ma anche in quelli non noti per una conoscenza implicita della musica incontrata nel corso degli anni, interiorizzando la struttura musicale della propria cultura (considerato che abbiamo/conosciamo già tutta la musica dentro il nostro cervello.

L'inatteso (del brano musicale in ascolto) nello stesso tempo innesca un meccanismo che facilita l'apprendimento del brano che stiamo ascoltando, il che può favorire pure l'apprendimento musicale e, mentre rinforza la ricompensa, ci porta a cercarlo sempre più, e a imparare come ottenerlo. Lo stesso meccanismo varrebbe anche per altri stimoli astratti come l'arte, non troppo diversa dalla musica.

Le musiche più apprezzate si bilanciano così tra prevedibilità e sorpresa, punto centrale della esperienza estetica della musica. Noi ne siamo estasiati specialmente quando il brano ci sorprende con variazioni improvvise-inaspettate - "strane" ma non troppo, mentre, quando la musica è troppo semplice o magari troppo complessa, finisce per infastidire o annoiare. La miglior musica non seguirà formalmente le convenzioni e ha il dono della moderazione nella abilità di sorprendere l'ascoltatore con delle novità entro una schema prevedibile-rassicurante.

L'emergere della neuroestetica:

I neurologi si stanno occupando non solo di musica ma anche di altro esteticamente rilevante. Tutte le esperienze estetiche- di piacere- legate alle varie arti si assomigliano, sembrano molto pervasive nell'uomo, nel nostro dna, nel nostro cervello. Il potere di dare piacere

ed emozioni forse è legato ad una influenza sulla sopravvivenza della specie. Sarebbero fondamentali per la salute, il benessere, l'apprendimento, per la comunicazione e la socialità. È un campo all'incrocio tra neuroscienza, estetica (filosofia e psicologia), le arti, meccanismi biologici ed evoluzione umana. Già lanciato lo slogan: il superpotere evolutivo delle arti: musica, l'arte, il teatro, la danza, la letteratura, la poesia, le arti visive, il paesaggio ci aiutano in molte patologie-problemi e ci migliorano l'esistenza. Sembra proprio che gli artisti l'abbiano capito prima degli scienziati!

Le arti sarebbero veramente un superpotere rivoluzionario da non sottovalutare, da accoppiarli di certo alla musica nella terapia. Siamo anche artefici e artedipendenti.

Terrorizzarci con la musica:

Manipolarci, terrorizzare ed emozionarci a tradimento con la musica: oramai i professionisti della musica nei film, jingle, pubblicità, sanno come prendersi gioco di noi sfruttando le nostre "debolezze musicali" pur di impressionarci e far passare i loro messaggi commerciali. Esistono professionisti anche della musica dei film horror; puntano all'amigdala, la piccola struttura cerebrale mediana centro delle reazioni emotive, che comanda le risposte di allarme-paura, stress, fuga.

E sanno giocare molto bene con allusioni musicali, creando aspettative, usando i crescendo, ritmi incalzanti, volumi, pause, suoni e strumenti inconsueti, dissonanze, timbri sonori estremi, tonalità minori, suoni sintetizzati, ripetizioni ad iosa. Eppure non conosco un garante che ci difenda da questa invasione continua, fonte di vero malessere.

I donatori di musica:

Nome di una rete nazionale (e non solo) di musicisti volontari per lo più medici, per i quali l'esperienza emotiva ed umana dell'ascolto della musica dal vivo e di livello è un diritto di tutti, e in particolare di chi si trova ad affrontare situazioni critiche, come proclamato dal gruppo italiano.

È una forma di volontariato sostenuta dalla generosità di molti sanitari e musicisti, dal piacere di trovarsi assieme per una performance -gratuita- ma con la soddisfazione di vedere il sorriso tra gli spettatori, di fare una buona opera e anche di stare con i "vecchi amici" musicisti reclutati a gran voce.

È praticata dai più disparati gruppi di musicisti, formazioni, cantanti, che, magari con l'aiuto di un attore - presentatore, fanno uno spettacolo a più componenti per allietare la giornata degli anziani nelle case di riposo, degli ammalati negli ospedali e residenze, i minori negli istituti, pur proponendo anche musica popolare e modesta. Quanto fa bene a spettatori coinvolti e pure ai suonatori che hanno occasione di rispolverare gli strumenti, stare in gradita compagnia, divertirsi divertendo! Meriterebbe ampia conoscenza e sostegno istituzionale.

Ognuno ha una propria ricetta per l'ansia e rilassarsi:

dallo yoga e meditazione, dal bagno caldo ai farmaci, (per quanto gravati da effetti collaterali). Una buona opzione è mettersi a suonare lo strumento preferito, meglio se in gruppo, o usare la musica d'ascolto (no controindicazioni, km zero); esistono molte buone raccolte in dischi, in rete e radio da ascoltare ma con la cautela di non farlo in auto perchè talora così potenti che puoi addormentarti!

Il musical: forse il massimo che c'è:

Il musical, genere sia teatrale che cinematografico, figlio della operetta europea e del costume statunitense, vede il concorso di 3 arti: danza, musica e cinema/teatro (spettacolo). Con queste premesse e i propri caratteri parrebbe avere un ruolo principe negli spettacoli musicali o artistici, sommando i benefici portati dalla loro sinergia. Il movimento, il dinamismo che ne scaturisce, ovviamente se con musica piacevole, regia ed interpreti di buon livello e l'insita freschezza-briosità, ha il potere di farci dimenare sulla sedia e riesce a soddisfare anche lo spettatore più tiepido.

N.B. Sebbene gli studi neuromusicali siano nella loro infanzia, vi sarebbero a conforto consistenti basi scientifiche e molte concordanze tra di essi. L'emergenza di voci autorevoli di molte università e il supporto di team multispecialistici internazionali di ricerca con strumenti sofisticati di lavoro hanno portato alla comprensione di molti fenomeni nel rapporto musica-cervello e acquisito certezze nel loro inquadramento e conseguenti applicazioni terapeutiche.

DR. RENZO BASSI VERONA
NEUROLOGO - CONSULENTE
UILDM VERONA E ASSOCIAZIONE
ALZHEIMER VERONA
(bassi.renzo@tiscali.it)
per contatti e bibliografia

Terza parte di "riflessioni neuromusicali"
presenti su web di legnagomusica.it >
bassi reno e in stampa su Verona Medica
(bollettino dell'ordine dei medici di Verona)
del 9/2018 : Musica e M.T.)



DAT (DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO): cosa sono e cosa serve sapere

Di seguito due documenti relativi alle **disposizioni anticipate di trattamento (DAT) ed alla pianificazione condivisa delle cure (PCC)**, temi di grande rilevanza etica e deontologica, ora anche giuridicamente normati dalle legge 219/2017:

- Documento di informazione sulle DAT e sulla PCC (un documento che fornisce informazioni di tipo generale sulle DAT e sulla PCC)
- Modello esemplificativo per come compilare le DAT (una traccia per la compilazione delle DAT)

I due documenti sono stati elaborati collaborativamente dal Comitato Etico per la Pratica Clinica della ULSS 9 Scaligera di Verona, dal Comitato Etico per la Pratica Clinica della Azienda Ospedale-Università di Verona e dal Comitato di Bioetica di OMceO di Verona e poi approvati dai suddetti comitati.

Successivamente i due documenti sono stati approvati dalla Commissione Ospedale - Territorio dell' OMCEO di Verona e dal Consiglio dell' OMCEO di Verona (vedi in www.omceovr.it - documenti approvati dal consiglio).

La legge 219/2017 stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata.

Secondo la suddetta legge **ogni persona deve ricevere dai medici curanti tutte le informazioni necessarie** al fine di poter prendere liberamente e consapevolmente le decisioni relative alle cure cui essere sottoposta **e deve essere supportata nel programmare il proprio percorso di cura, secondo le proprie convinzioni e le proprie preferenze.**

Fino al momento in cui la persona assistita è in grado di comprendere, di decidere e di comunicare, essa esprime direttamente il consenso o il dissenso alle cure che le sono proposte dai medici curanti.

La persona assistita, se preferisce, può rifiutare in tutto o in parte le informazioni, ovvero può

indicare una persona di sua fiducia o un familiare, che esprime il consenso in sua vece.

Per decisioni future, riguardanti situazioni in cui la persona non fosse più cosciente o non fosse più in grado di prendere decisioni, la legge prevede la possibilità di lasciare disposizioni anticipate di trattamento (in forma abbreviata DAT), che i medici sono tenuti a rispettare, nel momento in cui la persona non è più in grado di esprimere la propria volontà.

Le DAT possono essere compilate sia da una persona che si trova ancora in condizioni di salute, sia da una persona che si trova già in condizioni di malattia.

Le DAT devono essere compilate in forma scritta; nel caso in cui le condizioni della persona non lo consentano, si possono utilizzare videoregistrazioni o sistemi elettronici che permettono di comunicare.

Compilare le DAT non è un obbligo. Compilare o non compilare le DAT è una valutazione che ogni persona deve fare in base alle proprie convinzioni personali. In tale valutazione è opportuno tenere conto del fatto che i medici, sia secondo il codice deontologico che secondo la legge, hanno il dovere di prescrivere solo trattamenti appropriati ed eticamente proporzionati, cioè di reale beneficio per la persona assistita.

Le volontà espresse nelle DAT debbono essere rispettate dai medici curanti, con le sole eccezioni previste per legge, illustrate di seguito in questo stesso documento.

Le DAT sono rinnovabili, modificabili e revocabili in qualsiasi momento.

Oltre alle DAT, che possono essere compilate sia da persone sane che già ammalate, per la persona già affetta da una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con progno-

si infausta, la legge prevede una possibilità aggiuntiva, quella della Pianificazione Condivisa delle Cure (indicata con la sigla PCC).

CHE COS' È LA PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE

La Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) consente alla persona affetta da una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, di **concordare anticipatamente con i curanti le future scelte di cura, decidendo progressivamente lungo il percorso di cura a quali cure si desidera essere sottoposti ed a quali no**. Le scelte di cura condivise vengono registrate in cartella clinica ed i medici curanti sono tenuti a rispettarle.

La differenza tra DAT e PCC consiste nel fatto che nelle DAT le disposizioni riguardano situazione ipotetiche e imprevedibili del futuro; nella PCC, invece, i curanti possono prevedere con sufficiente anticipo e con buona probabilità l'evoluzione di una malattia già in atto; di conseguenza nel caso delle PCC la persona assistita può concordare anticipatamente assieme ai suoi curanti le proprie scelte di cura rispetto a situazioni prevedibili, perché già in atto ed in corso di evoluzione.

COSA FARE PRIMA DI COMPILARE LE DAT

Ogni persona che desidera compilare le disposizioni anticipate di trattamento (DAT), deve poterlo fare in modo pienamente informato e consapevole. **Prima di compilare le proprie DAT sono opportuni almeno tre passaggi.**

Il primo passaggio consiste nel prendersi un po' di tempo. È necessario infatti che chi vuole compilare le DAT rifletta sui propri valori, sulla propria esperienza di vita, su ciò che intende per qualità della vita, e infine sul significato che attribuisce all'esperienza della propria malattia e della propria morte.

Per svolgere al meglio questa riflessione, può essere utile porsi alcune domande:

- Qual è per me il senso di **“una vita dignitosa ed accettabile”**, quali sono le condizioni di vita nelle quali non vorrei assolutamente trovarmi a sopravvivere?
- Quando io mi venissi a trovare in condizioni di vita inaccettabili, secondo i miei valori e la mia concezione di vita, **fino a che punto vorrei che il personale sanitario si adoperasse per mantenermi in vita?**

- **Quali sono le mie opinioni rispetto a trattamenti invasivi e gravosi**, come ad esempio la ri-animazione cardiopolmonare, la nutrizione ed idratazione artificiale, l' utilizzo di apparecchiature meccaniche per il supporto alla respirazione e ad altre funzioni vitali, la dialisi, etc.). Voglio che trattamenti invasivi e gravosi mi vengano praticati solo in caso di possibilità di guarigione o di reale miglioramento della qualità di vita, oppure in ogni caso, anche se dovessero risultare dolorosi o invalidanti?
- **Quali sono i miei desideri in merito alla sedazione palliativa terminale, con questo termine**, secondo il Comitato Nazionale per la Bioetica, si intende la somministrazione intenzionale al paziente che si trovi in condizione di malattia terminale inguaribile ed in prossimità della morte, di farmaci ipnotici alla dose necessaria per ridurre il livello della coscienza fino ad annullarla, allo scopo di alleviare o abolire la percezione di sintomi fisici e/o psichici ormai incontrollabili e refrattari ai trattamenti, pertanto causa di dolore intollerabile per il paziente.

Il secondo passaggio è quello di parlare della propria volontà di compilare le DAT con una perso-



RICORDATE...!

È fatto obbligo a tutti gli Iscritti:

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

Prestanomismo

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

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



na competente, ad esempio il proprio medico di famiglia, o comunque un medico di fiducia. È meglio programmare questo incontro, in modo da disporre di un po' di tempo per discutere in tranquillità, in uno scambio improntato alla fiducia reciproca. Al medico si potranno chiedere le informazioni relative ai diversi trattamenti, con lui si potranno chiarire i propri dubbi e discutere le proprie scelte di cura per il futuro.

Non si possono fare decisioni realmente consapevoli senza avere preso sufficienti informazioni mediche e una discussione con un medico di fiducia prima di compilare le DAT è indispensabile.

Il terzo passaggio è quello di condividere queste riflessioni con le persone più vicine e care. Fare questo è fondamentale perché permette di chiarire il proprio progetto di vita rispetto ad eventuali gravi difficoltà di salute future, confrontandosi con le persone più prossime e coinvolgendole in questo processo.

IL RUOLO DEL FIDUCIARIO

Le decisioni che la persona prende hanno effetti rilevanti sulle persone che la circondano. Sono infatti le persone più prossime che diventeranno i testimoni del progetto di cura del loro caro, sono loro che lo faranno conoscere ed aiuteranno a portarlo a compimento, nel momento in cui la persona non sarà più in grado di farlo. Per questo è importante che la persona interessata alle DAT condivida le proprie idee per il futuro con i propri cari e **scelga una persona di fiducia (il fiduciario)** che, come la legge prevede, porterà a conoscenza le sue volontà e la rappresenterà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie. **Non è necessario che il fiduciario sia un familiare, ma può essere qualsiasi persona di fiducia del disponente;** sarebbe possibile nominare anche più di un fiduciario, ma questo non è consigliabile per evitare difformità di pareri tra essi.

La legge prevede che il fiduciario debba essere una persona maggiorenne e capace di intendere e di

volere, che deve condividere con il disponente le preferenze che riguardano i trattamenti futuri, partecipare alla stesura delle DAT e firmarle a sua volta come segno di accettazione del suo ruolo.

Designare un fiduciario non è obbligatorio, ma è una cosa molto importante poiché è la persona di fiducia di chi lascia le DAT, che nei futuri rapporti con i curanti potrà rappresentarla quando non sarà più in grado di farlo da sola. In caso di necessità di **cambiare il fiduciario**, è possibile farlo in qualsiasi momento, scrivendo un altro documento.

La figura del fiduciario, con analoghe funzioni, è prevista anche nei percorsi di Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC).

COSA SCRIVERE NELLE DAT

Vi sono alcuni aspetti importanti da tenere presente:

1. **nelle DAT** si possono esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari nonché il consenso e il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari.
2. **nelle DAT** non possono essere richiesti trattamenti sanitari contrari a norme di legge ed alla deontologia professionale (cioè trattamenti allo scopo di provocare direttamente la morte), o alle buone pratiche clinico-assistenziali (cioè trattamenti che non abbiano indicazione clinica)
3. **è utile scrivere nelle DAT non solo quello che non si vuole, ma anche quello che si desidera venga fatto**, ad esempio: sedazione palliativa profonda e continua per il controllo dei sintomi gravi ed incontrollabili
4. **è importante che il testo delle DAT contenga l'evidenza che la persona che lo scrive abbia discusso con il proprio medico di fiducia e con il proprio fiduciario ed abbia acquisito le informazioni necessarie per assumere le sue decisioni**

COME SCRIVERE LE DAT

Per quanto riguarda il modo di esprimere le DAT, sono in circolazione

diversi tipi di moduli già predisposti, si tratta di solito di moduli con opzioni a crocetta sui quali indicare se si accettano o meno determinati trattamenti, che sono i più comuni nelle situazioni di fine vita.

Il rischio di tale modulistica, spesso eccessivamente schematica, è che la persona disponente si concentri esclusivamente sulla compilazione del modulo, trascurando di confrontarsi con il medico di fiducia e con il proprio fiduciario.

Un percorso di relazione con un medico di fiducia e con il proprio fiduciario è il metodo più efficace per compilare le DAT in maniera realmente informata e consapevole, per farle conoscere in caso di futura incapacità e sostenerle nel loro significato autentico.

Compilare le DAT esprimendosi in forma aperta rispetto ai propri valori, alla propria visione di vita accettabile o inaccettabile in condizione di grave malattia e facendo riferimento alle proprie volontà circa i trattamenti più comuni nel fine vita, in una eventuale condizione di incapacità futura del disponente le DAT renderà più facile al proprio fiduciario e ai medici curanti assumere le decisioni più rispettose della propria volontà, anche per situazioni che non fossero state previste nelle DAT e che potrebbero comunque verificarsi.

CHE GARANZIA ABBIAMO CHE QUELLO CHE SCRIVIAMO SARÀ RISPETTATO

Le DAT sono vincolanti per il medico, che ha il dovere di rispettarle.

La legge prevede tuttavia che il medico possa disattendere le disposizioni lasciate, in tutto o in parte, quando:

- esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente
- sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita

Questo solo se vi è accordo tra i curanti ed il fiduciario, in caso contrario la legge prevede l' intervento del giudice tutelare.

COME SCRIVERE UN DOCUMENTO CHE SIA VALIDO

La forma delle DAT è disciplinata all'art. 4 comma 6 della legge n. 219/2017 e sono previsti tre modalità:

- **un atto pubblico:** è un documento redatto con particolari formalità (stabilite dalla legge) da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato a redigere atti pubblici. Per il caso specifico del documento di Disposizioni Anticipate di Trattamento, *l'atto pubblico deve essere redatto da un notaio che trascrive quello che gli diciamo* ed in questo modo certifica la nostra volontà.
- **una scrittura privata autenticata:** è un documento sottoscritto (cioè firmato) da un cittadino per il quale la firma sia autenticata dal notaio o da altro pubblico ufficiale a ciò autorizzato. La differenza rispetto all'atto pubblico è che con questa modalità (scrittura privata autenticata) *la dichiarazione è scritta dalla persona ed il pubblico ufficiale si limita ad attestare che il dichiarante l'ha firmata in sua presenza*. In questo ultimo caso, è possibile preparare il documento a casa e portarlo di persona presso il pubblico ufficiale; è comunque necessario firmare il documento in sua presenza ed il pubblico ufficiale provvederà alla autenticazione della stessa, ma non fornisce alcuna garanzia riguardo al contenuto.
- **una scrittura privata** (cioè un documento, anche non autenticato) consegnata personalmente dal dichiarante presso l'Ufficio dello stato civile del Comune di residenza che provvede all'annotazione in un apposito registro, dove istituito (come da circolare già emanata del Ministero dell'Interno). Tale registro è attualmente presente in molti comuni della provincia di Verona. In questo caso, chi ritira il documento certifica solamente di averlo ricevuto.

Nota: le DAT sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa.

Nel caso in cui le condizioni fisiche della persona non consentano la redazione della scrittura **le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare**. In questo caso, è opportuno prendere contatto con il proprio medico di fiducia e concordare con lui la modalità più adeguata.

POSSIBILITA' DI RINNOVO, MODIFICA o REVOCA DELLE DAT

Con le medesime forme di cui sopra le DAT sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento. Nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

COME FAR CONOSCERE LE PROPRIE DAT

Quando si è scritto un documento, è importante che questo sia conosciuto dai curanti, in modo che le volontà della persona disponente possano essere rispettate.

Allo scopo di rendere consultabili le DAT su tutto il territorio nazionale, il decreto 168/2019 del Ministero della Salute ha istituito **la Banca Dati Nazionale destinata alla registrazione delle DAT**.

Il suddetto decreto prevede:

- **a partire dal 1 febbraio 2020, copia delle DAT** che vengono depositate presso notai, comuni, altre strutture autorizzate, previo consenso dell' interessato, **vengano trasmesse alla Banca Dati Nazionale delle DAT**.
- **copia delle DAT raccolte prima del 1 febbraio 2020** vengano trasmesse da notai, comuni, altre strutture ove sono state depositate alla Banca Dati Nazionale delle DAT, entro il 31 luglio 2020.

Le DAT registrate presso la Banca Dati Nazionale in caso di necessità possono, attraverso adeguati meccanismi di identificazione che garantiscano la riservatezza, **essere consultate dai medici curanti**.

È comunque opportuno che la persona disponente faccia sì che le proprie DAT siano consultabili in caso di necessità e che ne consegni copia al fiduciario e al proprio medico di fiducia.

DALLE DAT ALLA PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE

Se una persona che ha già compilato le DAT in precedenza, dovesse ammalarsi di una **malattia cronica, invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta**, è opportuno che **essa riprenda in mano il documento delle DAT** per valutare, insieme ai suoi curanti, le scelte di cura effettuate a suo tempo.

In tale situazione, i curanti possono insieme alla persona assistita e ai suoi familiari avviare un percorso di pianificazione condivisa delle cure, che prevede la condivisione delle scelte di cura e la loro registrazione in cartella clinica ed inoltre la possibilità per la persona assistita di indicare un fiduciario il cui nominativo può essere registrato in cartella clinica. La PCC ha lo stesso valore delle DAT, pertanto nelle situazioni suddette non è necessario riformulare le DAT. La persona che però desiderasse farlo può riformulare le proprie DAT nelle modalità previste.



Modello esemplificativo per come compilare le DAT

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (LEGGE 219/2017)



N.B. questo modello è un esempio da personalizzare caso per caso e da compilare, dopo aver acquisito le informazioni mediche necessarie, con il supporto di un medico di fiducia.

Nome
Cognome
Nato il a Provincia (.....)
Residente in via n.
CAP Città
Documento di identità
Codice fiscale.....
Recapito telefonico
Indirizzo mail

Testo libero (La compilazione di questa parte di testo libero ha lo scopo di descrivere le proprie convinzioni personali, la propria visione di vita accettabile o inaccettabile in caso di malattia, le proprie preferenze per trattamenti medici da praticare o da non praticare in caso di impossibilità ad esprimere il consenso o dissenso alle cure. La compilazione di questa parte di testo libero non è obbligatoria, ma le indicazioni di tipo generale qui espresse potranno essere utili per interpretare le sue volontà future, anche in situazioni non espressamente previste nelle disposizioni di seguito)

.....
.....
.....
.....
.....

- alla luce delle convinzioni e delle preferenze suddette
- nella mia piena capacità di intendere e volere
- dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche (specificare le modalità)

.....
.....

- nominativo e recapito del professionista/professionisti consultato/i (dati non obbligatori, ma raccomandati per eventuali necessità di contatto)

.....
.....

- in piena libertà di scelta e consapevole delle conseguenze delle mie scelte di seguito indicate
- informato del fatto che queste disposizioni perderanno validità se, in piena coscienza, decidessi di annullarle o modificarle e sostituirle con successivo atto scritto

DISPONGO quanto segue:

DISPOSIZIONI GENERALI:

Qualora venissi a trovarmi nella condizione di perdita completa della capacità di decidere e di esprimere il consenso o il dissenso informato e venissi a trovarmi in una delle seguenti condizioni di malattia:

- Malattia allo stadio terminale (di qualsiasi origine)
- Malattia o lesione neurologica totalmente invalidante con perdita permanente e non suscettibile di recupero della capacità di decidere

E qualora nelle condizioni suddette mi venissi a trovare in una o più delle condizioni di seguito elencate:

• **Arresto cardio-respiratorio**

(di seguito esponga le sue volontà rispetto ad essere sottoposto o non essere sottoposto a trattamento di rianimazione cardiopolmonare)

.....
.....

• **Insufficienza respiratoria non responsiva a trattamenti medici**

(di seguito esponga le sue volontà in merito ad iniziare o non iniziare trattamenti di ventilazione meccanica invasiva e nel caso fossero già in atto a continuare o non continuare trattamenti di ventilazione meccanica invasiva)

.....
.....

• **Insufficienza cardio-circolatoria**

(di seguito esponga le sue volontà in merito ad iniziare o non iniziare trattamenti di supporto cardiocircolatorio con farmaci o dispositivi strumentali e nel caso fossero già in atto a continuare o non continuare trattamenti di supporto cardiocircolatorio con farmaci o dispositivi strumentali)

.....
.....

• **Impossibilità ad alimentarmi o idratarmi per via naturale**

(di seguito esponga le sue volontà in merito ad iniziare o non iniziare trattamenti di nutrizione ed idratazione artificiale e nel caso fossero già in atto a continuare o non continuare trattamenti di nutrizione ed idratazione artificiale)

.....
.....

• **Insufficienza renale**

(di seguito esponga le sue volontà in merito ad iniziare o non iniziare trattamento di dialisi e nel caso fosse già in atto a continuare o non continuare trattamento di dialisi)

.....
.....

• **Sintomi non rispondenti ai trattamenti (refrattari) che producano gravi sofferenze**

(di seguito esponga le sue volontà in merito ad essere sottoposto o non essere sottoposto a trattamento di sedazione palliativa profonda continua)

.....
.....

ALTRE DISPOSIZIONI PARTICOLARI:

Ad esempio rispetto alla trasfusione di sangue o suoi derivati, oppure per trattamenti per altre condizioni non previste in elenco:

.....
.....
.....

NOMINA DEL FIDUCIARIO

Nomino come mio fiduciario la persona di seguito indicata:

Sig./Sig.ra.....
Nato/a il a Provincia (.....)
Residente a Provincia (.....)
In via n.
Documento di identità.....
Codice fiscale
Recapito telefonico
Indirizzo mail

- che si impegna ad accertare e garantire il rispetto delle mie volontà dichiarate nel presente documento, a fare le mie veci e a rappresentarmi nelle relazioni con il medico e con il personale sanitario
- a lui consegno copia delle mie DAT
- sono a conoscenza che l'incarico di fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento, con atto scritto, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione
- autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. lgs 196/2003 e regolamento UE 679/2016.
- queste mie volontà sono depositate in originale presso:
.....

Si allega copia dei documenti del disponente e del fiduciario

Luogo e data
Firma del disponente
Firma del fiduciario

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario, per morte, incapacità o sopravvenuta rinuncia, o irreperibilità in tempo utile, sia nella impossibilità di esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo:

Sig./Sig.ra.....
Nato/a il a Provincia (.....)
Residente a Provincia (.....)
In via n.
Documento di identità
Codice fiscale
Recapito telefonico
Indirizzo mail

Si allega copia dei documenti del fiduciario sostituto

Luogo e data
Firma del disponente
Firma del fiduciario sostituto

Errata diagnosi a causa di paziente reticente: il medico deve essere anche investigatore?

I casi di invocata colpa del medico e di responsabilità professionale dei sanitari coinvolgono spesso il mancato consenso informato o la libertà di autodeterminazione dei pazienti. A volte, però, vengono decisi dalla giurisprudenza dei casi molto particolari, che tuttavia – astratto il principio dalla fattispecie concreta, ed a causa del precedente che questi principi astratti lasciano nel diritto vivente - rischiano di aprire la strada a pericolose interpretazioni estensive in cui vengono fatte rientrare ipotesi diverse di consenso informato e autodeterminazione, che nulla hanno a che vedere con le “particolarità” del caso di partenza.

Recentemente, ad esempio, la Cassazione si è espressa sul caso di nascita indesiderata di un bimbo, i cui genitori erano entrambi portatori sani di una grave patologia (talassemia), risultato malato di talassemia maior.

La Corte, in questo caso, ha ritenuto **censurabile il comportamento del medico ginecologo, che non aveva indagato approfonditamente in sede anamnestica sulle malattie o anomalie genetiche di entrambi i genitori**, e per questo non aveva avvertito questi ultimi della possibilità che il figlio nascesse malato (e non solo portatore sano) della stessa malattia.

Il principio che è stato estrapolato dalla giurisprudenza, tuttavia, appare di portata più generale: **“il paziente che ometta di fornire alcune notizie nel corso dell'anamnesi, senza ricevere specifiche richieste dal medico, non può ritenersi corresponsabile delle carenze informative**, verificatesi in quella sede,

che hanno poi determinato l'errore diagnostico, perché non rientra tra i suoi obblighi né avere specifiche cognizioni di scienza medica, né sopprimere a mancanze investigative del professionista” (Cass. Civ. Sez. III, ord. 26426/2020).

Tale principio, invero, sembra avere una portata diversa dal caso di partenza.

Ma allora ci si chiede: **fino a che punto si deve spingere il professionista nel richiedere i dati anamnestici al paziente?**

È evidente, infatti, che **non si può pretendere che un medico elenchi al paziente tutte le possibili anomalie, patologie o allergie esistenti** per poter dire di aver raccolto un valido consenso informato e per aver rispettato il diritto all'autodeterminazione del paziente stesso.

In effetti questo comporterebbe, ad esempio, che i moduli del consenso informato diventino delle enciclopedie, con il rischio poi di sentirsi dire che, essendo eccessivamente complessi, risultano incomprensibili al paziente medio.

Come può il medico difendersi da queste strane “espansioni” dei principi di diritto?

Certamente ci sono degli accorgimenti pratici che possono venire in aiuto, come quello di **far parlare più possibile il paziente**, invitandolo a raccontarsi anche in modo atecnico.

Un altro espediente consiste nel **fare le visite e raccogliere il consenso informato** – nei limiti del possibi-

le – sempre alla presenza di uno specializzando, di un infermiere, di un terzo che poi possa confermare (in caso di necessità: in est, in caso di processo) quanto il medico ha fatto per approfondire l'anamnesi del paziente.

Poi, però, bisogna prestare **la massima attenzione ai campanelli d'allarme**, come la richiesta della cartella clinica da parte dei pazienti, e chiedere subito un supporto tecnico qualificato.

AVV. MARIA CRISTINA MOTTA
DALLA PARTE DEL MEDICO

PENSIONATI E CREDITI ECM

I medici in pensione che, seppur iscritti all'Albo professionale, non svolgono più l'attività non sono tenuti ad assolvere gli obblighi ECM. Laddove il medico, ancorché in pensione, svolga attività libero professionale, l'obbligo di aggiornarsi rimane sia dal punto di vista deontologico, sia sotto il profilo di legge.

L'assicurazione RC dei medici: la storia infinita delle clausole claims made

Da quando il modello di polizza definita "claims made" si è imposto nel mercato assicurativo del mondo dei professionisti e della RC dei medici, abbiamo assistito a tanti e tali stravolgimenti di fronte sulla valenza e sulla stessa validità di tali clausole, che è diventato difficile orientarsi. Vediamo di fare un po' di ordine.

COSA SI INTENDE PER CLAIMS MADE?

Si tratta di clausole per cui sono coperti i fatti (che si ritengono essere fonte di responsabilità) denunciati nel periodo di vigenza della polizza.

Facciamo un esempio: se io, medico di pronto soccorso, firmo la mia polizza assicurativa il 1/1/2021 con efficacia fino al 31/12/2021, sono coperto per i miei eventuali errori che vengono denunciati dai pazienti (ad esempio con richieste di risarcimento o con azioni penali) nell'arco del 2021. Si slegano dunque i concetti di copertura assicurativa e di commissione del fatto, e si legano invece quelli di assicurazione e denuncia di sinistro.

Le clausole claims made, poi, possono essere pure o impure, queste ultime prevedono la copertura assicurativa solo se sia il fatto illecito che la denuncia di sinistro avvenga-

no nel tempo di vigenza della polizza (nell'esempio di prima, il fatto accade e viene denunciato tra il 1.1.2021 ed il 31.12.2021), oppure se il fatto è avvenuto in un periodo determinato, previsto nel contratto assicurativo (ad es. fino a 10 anni prima). Proprio con riferimento a questa caratteristica, la Suprema Corte di Cassazione nel 2016 ha confermato la validità delle polizze claims made impure, pure sollevando il dubbio che in alcuni casi queste non siano dirette a "realizzare interessi meritevoli di tutela secondo l'ordinamento".

Nel 2017 la stessa Cassazione ha voluto specificare in quali casi le clausole non realizzano interessi meritevoli di tutela, precisando che le clausole non possono attribuire un vantaggio ingiusto e sproporzionato a una parte contrattuale (la compagnia assicurativa), né costringere una parte (l'assicurato, cioè il medico o la struttura) in posizione di indeterminata soggezione rispetto alla compagnia, né ancora determinare l'assicurato a tenere condotte contrastanti con il dovere di solidarietà, costituzionalmente rilevante.

L'anno successivo, poi, la Cassazione è tornata di nuovo sull'argomento,

negando che si possa discutere sulla meritevolezza della clausola claims made e dunque confermando che **queste clausole sono sempre meritevoli (dunque sempre valide), ma sostituendo il giudizio di meritevolezza con un giudizio invece di adeguatezza contrattuale.**

Nel 2020 la Suprema Corte ha ancora parzialmente modificato il proprio orientamento, affermando che **alcune clausole claims made sono nulle**, se rendono eccessivamente difficile per l'assicurato l'esercizio del proprio diritto (alla garanzia assicurativa): se infatti la copertura dipende dalla condotta (indipendente ed autonoma) del terzo che ritiene di essere stato danneggiato (il paziente), la clausola è nulla.

Come detto, diventa difficile allora orientarsi, ed è meglio approfondire al momento della stipula tutte le caratteristiche ed i limiti di operatività della polizza, per evitare di incorrere nel rischio di "buchi temporali" di copertura.

Per questo è essenziale farsi affiancare da dei professionisti del settore.

AVV. MARIA CRISTINA MOTTA
DALLA PARTE DEL MEDICO

Telemedicina in aggiornamento

La pandemia ha riaperto prepotentemente la questione della telemedicina, che se fino ad un anno fa era utilizzata sporadicamente e prevalentemente solo tra medici come te-

leconsulto, ora si trova alla ribalta, più per necessità che per affezione dei pazienti e degli stessi sanitari. Ciò, invero, anche perché sono sempre mancate le direttive ed i riferimenti

per poterla utilizzare al meglio, senza esporre ad eccessivi rischi i medici ed i pazienti.

Tuttavia, **il protrarsi della situazione emergenziale** la conseguente

urgente necessità di riorganizzare la medicina del territorio hanno **dato una forte spinta all'utilizzo della telemedicina**, sicché sono finalmente **state discusse** dalla conferenza Stato – Regioni delle **linee guida** che disciplinano con maggiore chiarezza quali possono essere le prestazioni erogate in regime di telemedicina e, al contempo, quali limiti anche tecnico – informatici devono essere rispettati.

Ciò certamente potrà **favorire lo scambio di informazioni** tra professionisti così da perfezionare, in tempi brevi se non addirittura in tempo reale, l'anamnesi e il percorso terapeutico del paziente.

Ed ancora, permetterà un **più rapido monitoraggio di pazienti con patologie note e che necessitano di continui follow up**, che ad oggi sono quelli più esposti al pericolo collegato con la difficoltà di accedere agli ospedali.

La conferenza Stato – Regioni ha dunque discusso innanzitutto delle **4 diverse tipologie di attività** che, previo il consenso del paziente, potranno essere svolte in modalità da remoto:

- **Televisita:** è quell'atto medico con cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente. È bene precisare che **la televisita**, come previsto anche dal codice di deontologia medica, **non può essere mai considerata il mezzo per condurre la relazione medico-paziente esclusivamente a distanza**, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza.

Sarà **discrezione e cura del medico valutare l'opportunità**, caso per caso, **dell'utilizzo di tale strumento** di rilevazione o monitoraggio a distanza dei parametri biologici e di sorveglianza clinica.

- **Teleconsulto medico:** è l'atto medico con cui il professionista **interagisce a distanza con altri professionisti** per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi pri-

marialmente sulla **condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico**.

Il teleconsulto può avvenire anche in modalità asincrona tra i professionisti qualora le condizioni del paziente lo consentano, ovvero non ci siano condizioni di urgenza ovvero quando all'incontro non sia presente anche il paziente stesso, quindi si concretizzi in un incontro esclusivamente tra medici.

- **Teleconsulenza medico-sanitaria:** è un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto ad un caso specifico.

Si pensi ad esempio ai casi di terapie e trattamenti da svolgersi a domicilio tramite l'ausilio di personale infermieristico (fisioterapia, logopedia e simili), ovvero di altri specialisti che svolgono trattamenti rivolti al paziente su indicazione terapeutica del medico competente.

L'utilità è quella di un **video-collegamento che permetta di ricevere indicazioni più specifiche sul caso concreto** in caso di dubbi o di condizioni particolari.

In ogni caso entrambi i sanitari devono avere la possibilità di condividere anche eventuale la documentazione medica necessaria.

- **Telerefertazione:** sostituisce il momento della riconsegna e della lettura del referto a seguito di esame clinico – strumentale, e consiste in una relazione rilasciata dal medico che viene scritta e trasmessa per mezzo di sistemi digitali e di telecomunicazione.

La possibilità di ricevere il referto a casa, o direttamente di farlo pervenire al medico curante, anche tramite una chiamata / videochiamata, facilita e talvolta anticipa i tempi altrimenti necessari per l'incontro fisico tra le parti.

- **Certificazione medica:** questo, invero, è **uno dei casi più delicati**, anche per la grande responsabilità a cui espone il medico, civile e penale, per un eventuale falso o errato certificato. A maggior ragione, dunque, dovrà essere il medico, caso per caso a operare una scelta di percorribilità o meno di una visita da remoto.

Ovviamente **tutti i sistemi di telemedicina dovranno inserirsi in un contesto misto** che integri al suo interno sia la possibilità della telemedicina che l'insostituibile contatto diretto e fisico con il paziente.

Un tanto, sia per sopperire ai limiti che una visita da remoto comporta, sia **per l'essenzialità del rapporto umano che è connotato alla relazione medico – paziente** e che restituisce, non solo in termini prettamente anamnestici, un quadro spesso più completo e chiaro della condizione realmente vissuta dal paziente.

MODALITÀ OPERATIVE E ORGANIZZATIVE

Le nuove linee guida si soffermano poi sulle modalità operative di organizzazione degli appuntamenti in telemedicina, ma per quanto qui di interesse, va detto che, purtroppo, **non sono ancora stati chiariti punti focali come la preliminare raccolta del consenso del paziente** il quale – si afferma – **deve essere compiutamente informato delle modalità di contatto, di trattamento dei dati e documenti sensibili, di quali strutture verranno a conoscenza dei dati** e, per ognuna di esse, a quali livelli di responsabilità saranno tenute.

Si tratta dunque di un'**informativa di certo complessa e specifica, nuova nelle modalità e nei dati da mettere a disposizione del paziente, che può esporre il professionista a rischi importanti** qualora il consenso ricevuto non dovesse risultare "totalmente informato" e il paziente dovesse quindi dolersi di lesione della privacy.

Purtroppo, **in mancanza di previsioni specifiche, continueranno a valere le (già vaghe) indicazioni sulla**

raccolta del consenso informato “in presenza”, che però sembrano assolutamente mal conciliarsi con le indicazioni e previsioni sulla privacy del diritto informatico, molto più stringente.

In effetti, non possiamo dimenticare che, rimanendo in ambito di responsabilità professionale, come in ogni atto medico, **il professionista rimane completamente responsabile della prestazione erogata nell'esercizio della propria funzione.**

E se da una lato tale responsabilità sembrerebbe dover essere temperata dai limiti derivanti da questo strumento di contatto alternativo, dall'altro viene chiaramente specificato che **incombe sul medico una ulteriore e più attenta valutazione preliminare necessaria a comprendere se sia opportuno o sufficiente lo svolgimento di una visita esclusivamente da remoto.**

Le stesse linee guida fanno espressamente riferimento a questo: “ai fini della gestione del rischio clinico e della responsabilità sanitaria, il cor-

retto atteggiamento professionale consiste nello scegliere soluzioni operative che – dal punto di vista medico-assistenziale – offrano le migliori garanzie di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza e nel rispetto dei diritti della persona.”

Il che – pare – sembrerebbe adombrare purtroppo, in ottica di responsabilità sanitaria, il **pericolo di una ulteriore possibilità di contestazione da parte del paziente** proprio su tale opportunità o sufficienza, in mancanza di chiare indicazioni.

È certo **il servizio che deve essere garantito ai pazienti non può che corrispondere ai migliori standard** e ciò, conseguentemente, non può subire alcun temperamento a causa della diversa modalità di approccio al paziente, ma ciò non dovrebbe comportare automaticamente – come invece accade anche in questo caso – un appesantimento della posizione di garanzia del professionista nei confronti dell'utenza.

Ancora, le linee guida stabiliscono che **sarà compito delle strutture**

mettere a disposizione tutti i dispositivi, programmi, mezzi ed strumenti di sicurezza per garantire l'efficace svolgimento di tale modalità alternativa, ma anche su questo punto **sarà onere del medico comprendere se gli strumenti a sua disposizione possano considerarsi sufficienti e soddisfacenti** al perseguimento di quegli standard di assistenza sanitaria previsti, dovendosi altrimenti astenersi dall'utilizzo di tale modalità alternativa.

Certamente, dunque, la conferenza Stato – Regioni ha segnato un importante passo avanti nell'evoluzione della telemedicina, ma molti dubbi e perplessità rimangono ancora irrisolti.

Manca ancora, inoltre, quell'impianto pratico nonché normativo e giurisprudenziale utile a comprendere meglio entro quali spazi potersi muovere, che confidiamo possa essere messo in campo a breve.

AVV. MARIA CRISTINA MOTTA
DALLA PARTE DEL MEDICO

La responsabilità del medico e la corsa al colpevole: lo strano caso del vaccino covid-19



Dalla parte del MEDICO
consulenza patrimoniale legale assicurativa

Nelle scorse settimane si sono verificate delle morti definite come “sospette” a seguito della somministrazione del vaccino COVID-19 prodotto e distribuito da Astra-Zeneca, che hanno portato alcune

Procure della Repubblica ad iscrivere nel registro degli indagati, tra gli altri, i medici ed i sanitari che avevano inoculato i vaccini COVID-19 alle persone poi decedute.

In casi come questi, per sedare le polemiche e le contestazioni, spesso, si risponde che l'apertura delle indagini con la relativa iscrizione nel registro degli indagati è “un atto do-

vuto”, e che pertanto non c'è motivo di allarmarsi.

Ma è proprio così?

È bene fare una premessa per inquadrare la situazione.

In generale, quando perviene all'attenzione del Pubblico Ministero la notizia di un evento che potrebbe configurare un reato, questi deve tra-

scriverne gli elementi salienti in uno dei tre registri che ha avanti a sé:

- quello dei fatti che non integrano reato;
- quello dei fatti che configurano reato, riconducibile però a soggetti ancora non certi né identificati/identificabili allo stato (ignoti);
- quello dei fatti che configurano un reato commesso da un soggetto già noto ed identificato, appunto il registro degli indagati.

Invero, negli anni si è assistito ad una massiccia iscrizione nel registro degli indagati (quindi, a carico di soggetti determinati) delle notizie di reato, a discapito dell'iscrizione negli altri 2 registri, talvolta per una valutazione frettolosa del caso, talaltra per un'idea "garantista" nei confronti della parte lesa e dello stesso indagato, che – come tale – può immediatamente partecipare a tutti gli atti cosiddetti irripetibili che svolge il PM, primo tra tutti l'incarico per svolgere l'autopsia del deceduto.

Nell'ultimo periodo, tuttavia, un'interessante circolare del Ministero della Giustizia (11.11.2016), citata peraltro spesso da circolari di varie Procure della Repubblica, ha richiamato l'attenzione sulla delicatezza della scelta del PM tra l'iscrizione nei tre diversi registri, escludendo ogni automatismo, come d'altra parte la stessa legge impone (art. 109 disp att cpp).

Così, ad esempio, la Procura presso il Tribunale di Cuneo ha evidenziato che si deve procedere con l'iscrizione nei confronti di soggetti noti (registro degli indagati) "soltanto quando nei confronti di una persona individuata emergano specifici elementi indiziari e non semplici sospetti, ossia quando sussistano a carico di taluno elementi essenziali di un fatto qualificabile quale reato unitamente alle relative fonti di prova. Si richiama, in tema, quanto alla nota circolare ministeriale 11.11.2016, sull'esigenza di non procedere ad annotazioni frettolose nel registro dedicato agli indagati noti, poiché "un'iscrizione affrettata nel registro delle notizie di reato a carico di noti può comportare immedia-

ti pregiudizi, in termini di tranquillità, onorabilità, affidabilità contrattuale delle persone e degli enti interessati" (circ. 49 del 18.12.2019).

Sulla stessa linea la Procura della Repubblica del Tribunale di Roma ha affermato che: "se invero è evidente la funzione di garanzia che riveste l'iscrizione all'interno del procedimento, non può essere trascurato che la condizione di indagato è connotata altresì da aspetti innegabilmente negativi. ...

Si dispiegano, per la persona indagata, effetti pregiudizievoli non indifferenti sia sotto il profilo professionale, sia in termini di reputazione" (circ. 3225 del 2.10.2017).

Ebbene, allora forse nel caso che riguarda i vaccini Astra-Zeneca si sarebbe potuto procedere diversamente, ad esempio non dando per scontato che vi fosse un reato, o ipotizzando non solo la eventuale scorrettezza della condotta del medico che aveva direttamente inoculato il vaccino, ma invece la non corretta produzione del vaccino, o l'alterazione del vaccino per la non tenuta della catena del freddo... insomma, iscrivendo gli eventi avversi negli altri registri, salva poi la facoltà del PM, a seguito dei doverosi approfondimenti tecnici, di iscrivere effettivamente nel registro degli indagati quel determinato medico che aveva effettivamente sbagliato a somministrare il vaccino, ovvero le persone che con una condotta colposa avevano contribuito a determinare l'evento.

Vi è in effetti oggi il rischio di creare non solo effetti negativi per i medici/sanitari concretamente indagati, ma addirittura - come pare stia succedendo oggi - un allarme sociale che si riverbera su tutta la popolazione (basti pensare alla pioggia di disdette dalle prenotazioni) e soprattutto sul personale sanitario e sui medici, che vengono costretti a svolgere un servizio essenziale in una condizione attaccabile e molto fragile.

In realtà, per quanto ciò possa risultare impopolare e difficile da ac-

cettare, la soluzione a questo problema non è lo scudo penale che molti invocano a favore di chi opera in sanità. Seppure, infatti, si tratta di un'ipotesi armata delle migliori intenzioni, raggiungerebbe invero l'effetto opposto.

Infatti, da un lato ciò sosterebbe l'idea che il personale sanitario abbia bisogno dello scudo perché sta facendo qualcosa di pericoloso per i pazienti (con ciò, tra l'altro, allontanando ulteriormente la figura dell'operatore sanitario da quella del paziente, rendendolo quasi un nemico), dall'altro la normativa speciale verrebbe bloccata da elementi di probabile (se non certa) incostituzionalità, perché non è ipotizzabile prevedere "a monte" ed in modo selettivo una determinata impunità, che, tra l'altro, renderebbe difficile alla giustizia fare il proprio corso nel caso in cui effettivamente qualcuno abbia tenuto una condotta negligente nel somministrare il vaccino.

La soluzione, allora, risiede nel più difficile equo bilanciamento tra i diritti del medico ed i diritti della parte lesa, nel rispetto dello spirito della normativa, al di là dell'interpretazione formalistica, proprio come la circolare del Ministero della Giustizia ha evidenziato.

AVV. MARIA CRISTINA MOTTA
AVV. ROSSANA MIOTTO



La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria ai tempi del Covid-19

DI MASSIMO VALSECCHI

1. Premessa: L'etimo del termine *emergenza* rimanda ad un evento improvviso e grave che sconvolge la routine e fa emergere problemi che, nel tempo, sono sedimentati sul fondo e restano irrisolti, inabissati sotto il pelo della routine abituale. Anche in questo senso, la pandemia da Coronavirus 19 è stata ed è un'emergenza ed è importante ragionare sui problemi di fondo che ha, di colpo, riportato a galla.

2. Un buon sistema sanitario che ha più di quarant'anni e ha bisogno di una revisione

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN) nasce, dopo lunga gestazione, con la pubblicazione della Legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Ha quindi, oggi, più di quarant'anni di vita e, in questo non breve periodo, ha dimostrato di essere non solo un buon sistema ma, addirittura, uno dei migliori (e più economici) sistemi sanitari del mondo intero.

Nulla, ovviamente, è perfetto, specie se il tempo passa; le condizioni di contesto mutano e se le necessarie modifiche di adeguamento non vengono attuate viene persa aderenza alle esigenze reali. Questa regola vale, a maggior misura, per i sistemi complessi.

Ora, la pandemia generata dal virus COVID 19, iniziata attorno ai primi mesi del 2020, sta mettendo a dura prova tutti i sistemi sanitari del mondo, incluso il nostro, e da emergenza qual'è, ha fatto emergere alcuni problemi di fondo che erano già presenti da tempo ma restavano sommersi dal tranquillo scorrere degli eventi abituali. Desidero affrontare, qui, due di questi problemi che, strettamente collegati

fra loro, costituiscono la maggior sfida attuale da affrontare per fronteggiare i rischi personali e collettivi che caratterizzano questo periodo.

Il primo di questi problemi riguarda il cambiamento epidemiologico che ha caratterizzato il Paese dal momento della nascita del SSN ad oggi.

È, infatti, profondamente cambiata la struttura demografica della popolazione che il SSN doveva difendere al momento della sua istituzione ed è, di conseguenza, mutato il quadro epidemiologico delle malattie da affrontare.

rispetto all'anno precedente di oltre 4 punti percentuali.

Le patologie cronico degenerative

In connessione con l'invecchiamento della popolazione è, ovviamente, cresciuto il peso delle patologie cronico degenerative.

Si tratta di patologie che, per essere contrastate efficacemente, richiedono una *presa in carico* continuativa, l'attivazione di programmi di *medicina di iniziativa* ed una stretta connessione con programmi di prevenzione nel contesto territoriale.

	1978	2019
Popolazione italiana	56.063.269	60.244.639
0-14	23,6%	13,0%
15-64	64,0%	63,8%
+ 65	12,4%	23,2%
Numero 100 a. e +	870	14.804

Tab. n.1: confronto di alcune caratteristiche demografiche della popolazione italiana negli anni 1978 e 2019 (fonte ISTAT)

<http://noiitalia.istat.it/pagina.php?id=3&categoria=3&action=show#:~:text=Continua%20a%20crescere%20l'indice,di%20oltre%204%20punti%20percentuali>

L'invecchiamento della popolazione

Nel corso degli anni il continuo aumento della sopravvivenza nelle età più avanzate e il costante calo della fecondità hanno reso l'Italia uno dei paesi più vecchi al mondo.

L'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e quella con meno di 15 anni, è l'indicatore che meglio sintetizza il grado di invecchiamento della popolazione; al 1° gennaio 2019, questo indice raggiunge quota 173,1 anziani ogni cento giovani, registrando un nuovo record nazionale e un aumento

Questo tipo di programmi (pensiamo solo all'organizzazione di opportunità di movimento per la popolazione anziana) possono essere gestiti solo da una struttura di medicina territoriale molto più aggregata ed articolata di quella che abbiamo, mediamente, oggi con interventi e modalità di misura che devono essere coordinate dai distretti socio-sanitari di base e condivisi con la comunità.

Questa modalità di assistenza, richiede una profonda modifica di come è strutturata l'assistenza di base (e l'assistenza distrettuale) che sono chiamate a farsi carico di programmi di

	Maschi	Femmine	Totale
Persone con almeno una malattia cronica	37,9	43,6	40,8
Persone con almeno due malattie croniche	17,4	25,3	21,5
Diabete	5,8	5,3	5,6
Ipertensione	17,3	18,8	18,1
Bronchite cronica	6,0	6,0	6,0
Artrosi, artrite	11,3	21,3	16,4
Osteoporosi	2,0	13,9	8,1
Malattie del cuore	4,7	3,3	4,0
Malattie allergiche	10,5	12,6	11,6
Disturbi nervosi	3,5	5,6	4,6
Ulcera gastrica o duodenale	2,5	2,6	2,5

Tab. n.2.; Prevalenza (valori percentuali standardizzati per età) delle malattie croniche nella popolazione italiana; anno al 2018. (fonte ISTAT)

medicina di iniziativa volti, in particolare, ai gruppi culturalmente e socialmente più sguarniti della popolazione, attuando, così, un politica di contrasto delle disuguaglianze di salute.

3. La necessità di spostare due punti di equilibrio: quello fra ospedale e territorio e quello fra dipartimento di prevenzione e medicina territoriale

L'impianto organizzativo originale del SSN prevede tre principali articolazioni operative: *l'assistenza ospedaliera, l'assistenza territoriale e le attività di prevenzione.*

È restato vago, nel piano originario del Legislatore, (e forse non poteva essere che così, essendo un parametro da legare di volta in volta alla specifica situazione di contesto) dove porre il punto di equilibrio e di raccordo fra queste tre articolazione.

È così successo che (con rilevanti differenze fra regioni) la struttura tecnologicamente (e politicamente) più densa (l'ospedale) abbia progressivamente assunto una posizione dominante nel sistema emarginando le altre due.

In questo contesto, le attività di prevenzione si sono dimostrate largamente incapaci di rimuovere e rinnovare il loro storico paradigma operativo da Polizia Medica; si sono così autocondannate all'irrelevanza e sono implose su se stesse adagiate su una serie di attività formali ininfluenti nel contrasto reale del nuovo quadro epidemiologico ed in particolare nel gestire interventi a lungo raggio verso le patologie cronicodegenerative.

L'esempio più evidente, a me noto, dello stato di collasso dei dipartimenti di prevenzione e delle medicina territoriale rispetto all'epidemia da coronavirus mi sembra sia stato fornito dal servizio sanitario lombardo.

Nella prima fase pandemica, ovviamente determinante nell'arginare la diffusione del contagio, la capacità lombarda di intercettare ed isolare i contatti stretti da coronavirus è stato drammaticamente carente ed ha evidenziato lo stato di progressivo depotenziamento della medicina di base e dei dipartimenti di prevenzione.

Dal 2 di marzo fino al 3 aprile 2020 i ricoverati in ospedale (in reparti ordina-

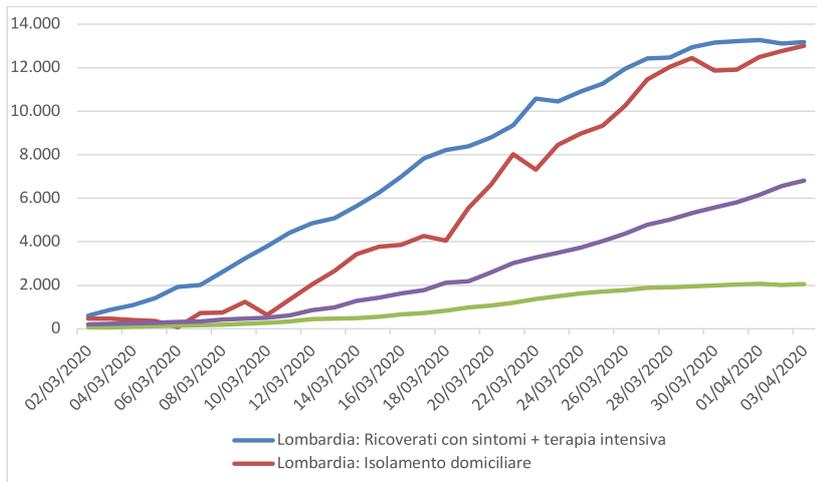
ri più i ricoveri nelle terapie intensive) nella Regione Lombardia sono stati in numero maggiore rispetto ai soggetti posti in isolamento domiciliare e questo in contrasto non solo con quanto accadeva in Veneto ma anche nel resto del Paese.

Se ampliamo il periodo di osservazione dal 3.02.2020 al 31.05 2020, vediamo che:

- in Lombardia i soggetti ricoverati sono stati il 39,3 % contro il 60,6 % di soggetti posti in isolamento domiciliare;
- in tutto il Paese i soggetti ricoverati sono stati 33,2% contro il 66,7% di soggetti posti in isolamento domiciliare;
- in Veneto i soggetti ricoverati sono stati il 18,3 % contro l'81,6 di soggetti posti in isolamento domiciliare;

Fonte: i dati riportati sono ripresi dalle elaborazioni condotte dal Movimento per la difesa e il miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale – sede: Milano, casa della cultura – sui dati del Ministero della Salute, dell'ISS e altre istituzioni ufficiali e mi sono stati forniti dalla cortesia del Dott. Edgardo Valerio.

L'insieme dei guasti del sistema lombardo era evidente da tempo, come cercherò di documentare con alcuni



Graf. n.1 - raffronto fra pazienti ricoverati in ospedale e soggetti posti in isolamento nella Regione Lombardia e nella Regione Veneto.

esempi, e questo, in particolare, nel campo del contrasto delle patologie cronico-degenerative, che è problema di ben altro peso e complessità rispetto all'attuale pandemia.

Il mio tentativo è dimostrare che solo modificando radicalmente il peso politico-organizzativo del SSN verso la medicina territoriale e ridisegnando i suoi rapporti operativi con gli altri due pilastri del sistema sarà possibile ridare al complesso la possibilità di operare efficacemente per tutelare la salute della popolazione nel contesto socio-demografico attuale.

4. Errori tattici ed errori strategici

Nel suo libro più famoso⁽¹⁾ lo stratega prussiano Karl Von Clausewitz (1780\1831), definisce con chiarezza quale sia la differenza fra condotta tattica e conduzione strategica di un conflitto (pag.96) ma soprattutto, ricorda che se nella pianificazione di una campagna, si compie un errore strategico, sarà poi ben difficile porvi rimedio per quanto siano abili le manovre tattiche correttive messe in atto in seguito.

Questo tipo di ammonizione continua a tornarmi in mente quando cerco di darmi una spiegazione plausibile alla "performance" della regione Lombardia rispetto alla prima ondata della pandemia.

Credo infatti che la radice dell'incapacità evidenziata sia molto profonda nel tempo, strategica appunto, e che la causa sia dovuto al fatto che da molto tempo quella regione ha operato, con continuità, la scelta di relegare ad un ruolo del tutto marginale la medicina territoriale ed, in secondo luogo, di depotenziare i Dipartimenti di Prevenzione.

Dato che il mio obiettivo non è incrudelire sulla regione Lombardia ma solo di utilizzare un esempio autorevole per sostenere le mie tesi, mi limito a ricordare due passaggi "strategici" che mi sono noti e che evidenziano dei "bivi" di scelte di organizzazione sanitaria:

• Le modalità di assistenza domiciliare ai pazienti oncologici terminali

Agli inizi degli anni '80 si pose con crescente insistenza il problema di assistere a domicilio pazienti oncologici in fase terminale interrompendo

una tradizione che durava ormai da alcuni decenni di isolare il momento della morte all'interno delle mura ospedaliere.

Si trattò di una rivoluzione culturale e tecnica di grande entità ed un passo in avanti nel processo di umanizzazione delle cure mediche e della consapevolezza crescente del rispetto delle volontà dei pazienti.

La scelta della Regione Lombardia, nell'affrontare questo cambiamento privilegiò nettamente la scelta ospedaliera optando per un tipo di assistenza che partiva dall'ospedale, in realtà dall'Hospice, e si recava a domicilio del paziente che veniva seguito con la modalità dell'ospedalizzazione a domicilio. L'ospedale, in altri termini usciva dalle sue mura e si dilatava nel territorio.

La scelta della Regione Veneto fu diametralmente apposta; i pazienti restavano affidati al loro medico di famiglia che, addestrato nelle tecniche di sedazione del dolore, li seguiva con il supporto e la consulenza di specialisti in cure palliative e con l'invio, coordinato dal distretto, di personale infermieristico ed attrezzature di supporto.⁽²⁾

• Le modalità di assistenza ai pazienti con patologie cronico-degenerative

Il 31 gennaio 2017, con la pubblicazione della prima delibera (DGR 6164/2017), prendeva ufficialmente il via il modello lombardo di PiC (Presenza in carico della cronicità) delle patologie croniche.

L'intento della PiC era di far leva sull'offerta organizzativa di prestazioni da parte dei Gestori ospedalieri, nuovi soggetti accreditati per prendere in carico i pazienti in alternativa al MMG, al fine di migliorare la copertura della coorte dei cronici e la qualità delle cure. I Gestori dovevano competere sul quasi mercato regionale per attirare i pazienti grazie alla libera scelta

(1) Karl von Clausewitz, Della guerra, Arnoldo Mondadori Ed., 1970

(2) Dai primi anni 2000 al 2019 in tutto il Veneto sono stati in vigore gli Accordi Regionali che implementavano e integravano l'Accordo Nazionale (ACN) per la medicina generale, riprendendo l'esperimento attivato a Verona nel 1999/2000, con il nome di Progetto Sperimentale di Assistenza Territoriale, il primo patto locale non solo in Veneto. Questi Accordi Regionali, venivano poi declinati in Patti Locali, cui hanno aderito circa l'80-90% dei MMG veneti. I Patti Locali avevano un nucleo comune in tutte le ulss, ma potevano variare in base a scelte ed esigenze locali. I Patti impegnavano i MMG in termini organizzativi, professionali e culturali. Particolarmente importante anche la presa in carico dei pazienti diabetici, dei pazienti in trattamento anticoagulante, dei pazienti con scompenso cardiaco o con BPCO, anche questo in netta contrapposizione con le scelte della Regione Lombardia. Nei patti viene richiesta la partecipazione all'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata: oncologica e medica), che si affiancava all'AP (Assistenza Programmata) per i pazienti con difficoltà a deambulare e quindi a venire in ambulatorio

degli stessi, specie quelli seguiti dai MMG che non avevano aderito alla PIC.⁽³⁾

Il decennio di riforme lombarde sulla gestione della cronicità era stato inaugurato nel 2011 dalla sperimentazione dei CReG – Cronic Related Group – che si proponeva di trasferire alla cronicità sul territorio il modello ospedaliero dei DRG ospedalieri.

Le regole di sistema del 2010, dedicate all'implementazione dei CReG, esordivano con un severo giudizio sulla professionalità dei MMG: «*la realtà dei fatti ha mostrato che l'attuale organizzazione delle cure primarie manca delle premesse contrattuali e delle competenze cliniche, gestionali ed amministrative richieste ad una organizzazione che sia in grado di garantire una reale presa in carico complessiva dei pazienti cronici al di fuori dell'ospedale*».⁽⁴⁾

Sulla base di queste premesse non era difficile presupporre che la progressiva disarticolazione del rapporto fra pazienti e medici di medicina generale avrebbe avuto (così come è stato) risultati negativi nella presa in carico effettiva delle patologie cronicodegenerative, da un lato ma, più complessivamente, avrebbe portato un colpo definitivo nella disarticolazione lombarda del sistema della medicina territoriale.

5. Modifiche necessarie e realizzabili

Sulla base delle considerazioni finora fatte e sulla base di una serie di esperienze concrete di positive modalità di ripartizione del lavoro fra ospedale e medicina territoriale è possibile, ora, programmare una redistribuzione del baricentro degli assi assistenziali fra ospedale, medicina di famiglia, distretto socio-sanitario e dipartimenti di prevenzione.

Lo spostamento del baricentro fra

ospedale e territorio ha, come premessa, un rafforzamento della medicina di base organizzata con modalità operative che vedano i medici di famiglia dotarsi di sedi adeguate, con gruppi di lavoro che comprendano personale infermieristico ed amministrativo e la dotazione di attrezzature diagnostiche utilizzabili sia in ambulatorio che a domicilio come saturimetri di precisione, elettrocardiografi ed ecografi e che consentano di sfruttare appieno le attuali possibilità offerte dalla telemedicina.

Un'ipotesi ragionevole di modello operativo prevede, ad esempio, la formazione di team di mmg (ad esempio, 10 medici per 15.000 abitanti con 7 unità di personale infermieristico ed altrettanto personale amministrativo) da adattare al territorio.

L'epidemia da coronavirus ha, fra l'altro, evidenziato l'inadeguatezza delle attuali sedi fisiche di molte medicine di gruppo.

Manca, infatti una tipologia urbanistica e architettonica specifica per questa modalità assistenziale (che è, invece, molto diffusa in Inghilterra). Le sedi di queste medicine di gruppo sono, infatti, spesso ricavate ristrutturando spazi commerciali al piano terra di edifici ad uso abitativo e commerciale.

La recente esperienza suggerisce che vengano progettati spazi appositi che comprendano ad esempio, un locale da adibire ad "ambulatorio sporco" e dotazioni di DPI di emergenza stoccati in previsione di una emergenza, nonché spazi dedicati alla segreteria e al personale infermieristico.

I Comuni dovrebbero, da parte loro, predisporre nella loro programmazione urbanistica spazi e standard urbanistici appositi per queste attività

con facilitazioni di parcheggio (che, dove erano presenti, si sono dimostrate particolarmente utili per l'effettuazione dei tamponi naso-faringei, in modalità drive-in, di fronte alla sede ambulatoriale).

Va, inoltre, affrontato, in un nuovo modello organizzativo, il problema della sottovalutazione in atto, nel nostro Paese, delle competenze lavorative affidate al personale infermieristico dato che non è ancora stato formulato un progetto complessivo di task shifting.^{(5) (6)}

Rispetto a quarant'anni or sono, abbiamo a disposizione personale infermieristico laureato, molto ben preparato, che continua a svolgere le stesse mansioni di quando non era laureato. Risolto questo nodo, di natura corporativa più che tecnica, il nuovo modello organizzativo di medicina territoriale potrà rispondere anche al problema rilevante dato dalla scarsità di medici di medicina generale specie nelle zone periferiche più svantaggiate del Paese e sarà possibile affrontare organicamente la presa in carico delle patologie cronicodegenerative.

Riunire in gruppi i medici disponibili in centri periferici dove gli orari potranno essere dilatati e dove potranno essere organizzati programmi di medicina di iniziativa condotti da personale infermieristico addestrato migliorerebbe, in tempi brevi, l'offerta sanitaria complessiva.

In questo contesto, il distretto socio-sanitario assumerà compiti di coordinamento, di aggiornamento e di controllo dei piani di intervento (ad es. sui pazienti diabetici e sui pazienti con cardiopatie croniche) utilizzando piattaforme informatiche condivise che consentiranno la valutazione degli

(3) Presa in carico della cronicità. L'evoluzione 2017-2019. Un contributo di Giuseppe Belleri, MMG a Flero e animatore di formazione SIMG. A cura di Rosemarie Tidoli 26 Gennaio 2020. **Preso in carico della cronicità. L'evoluzione 2017-2019 | Lombardia Sociale**

(4) Allegato 14, DGR 937//2010; DGR 1479/2011)

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

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

obiettivi prefissati e la raccolta di informazioni epidemiologiche preziose.

Resterà ed andrà potenziata la funzione del distretto di mettere a disposizione delle medicine di gruppo e dei pazienti afferenti all'area una diagnostica e un sistema di consulenze specialistiche.

In merito all'altro asse di intervento: dipartimento di prevenzione, medicina territoriale, distretto, va ricordato che la Regione Veneto, travolta completamente dalla seconda ondata di coronavirus ha (sia pur frettolosamente) delegato ai medici di medicina generale sia l'effettuazione dei tamponi diagnostici sia (riscoprendo l'impianto organizzativo vigente fino alla nascita del SSN) le funzioni Ufficiali di sanità pubblica, incaricati di tracciare i contatti e porli, autonomamente, in isolamento-quarantena⁽⁷⁾. Il risultato è stato, al di là dell'ovvio sbandamento iniziale che si è, così, riusciti a rendere la vita molto più facile ai pazienti e a rianimare, in *articulo mortis*, i Dipartimenti di prevenzione ormai al collasso.

L'epidemia che stiamo ancora affrontando evolverà probabilmente in un quadro epidemico endemico caratterizzato dalla ricomparsa di focolai epidemici.

Per affrontare questo scenario è necessario sviluppare in modo marcato la collaborazione finora raggiunta fra MMG e Dipartimenti di prevenzione.

L'obiettivo è individuare e circoscrivere velocemente tutti i nuovi casi ed i nuovi focolai di contagio.

Ciò è raggiungibile solo se viene costruito un saldo rapporto bidirezionale di informazioni e di chiarezza di mansioni fra territorio e dipartimento in modo da consentire al mmg (naturale prima sentinella dei nuovi casi sospetti) di allertare il DP e di mettere in isolamento domiciliare fiduciario il paziente agendo come propaggine avanzata del Dipartimento stesso.

Anche per attuare questa funzione è essenziale che mmg e Dipartimento lavorino su una stessa piattaforma informatica dedicata.

Conclusioni

Nel mondo finanziario viene ripetuta spesso la frase: "gli sciocchi e i loro soldi si separano spesso".

Credo che questa massima sia applicabile alla salute dei singoli e delle varie comunità che condividono o subiscono passivamente scelte politico organizzative sbagliate.

L'antidoto, per fortuna, c'è: possiamo utilizzare gli errori che sono emersi nel nostro SSN durante la pandemia e riorganizzare su questa base un sistema che ha dimostrato di essere solido nella sua essenza.

RINGRAZIAMENTI:

DESIDERO RINGRAZIARE PER LE INFORMAZIONI CHE MI HANNO FORNITO:
IL DOTT. RICCARDO PEASSO,
IL DOTT. VITTORIO CARRERI E IL DOTT. GAVINO MACCIOCCO, IL DOTT. PAOLO COSTA E GIUSEPPE TURRINI.

(7) ORDINANZA DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 105 del 02 ottobre 2020 Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19.

4) Le Aziende Ulss mettono a disposizione delle sedi di Continuità Assistenziale i test antigenici rapidi su tampone naso-faringeo, per l'utilizzo a discrezione del Medico di Continuità Assistenziale;

5) in caso di esito positivo, questo va confermato con il test di biologia molecolare. In caso di conferma, il Medico curante comunica l'esito al paziente ed informa l'interessato della necessità di rispettare la misura dell'isolamento domiciliare fiduciario. Il Medico registra conseguentemente l'esito positivo nel sistema informativo, ne dà comunicazione al Servizio Igiene e Sanità Pubblica per il tampone di conferma e per i provvedimenti conseguenti

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)

Caratteristiche, efficacia e sicurezza dei vaccini anti Covid19 finora autorizzati in Europa

A CURA DELLA COMMISSIONE PER LO SVILUPPO PROFESSIONALE CONTINUO E CULTURA "LUCIANO VETTORE".

COMPONENTI: E. CONCIA, E. COSARO, M. GANGEMI, G. MORETTO, D. PACE, G. PIZZOLO, M. VALSECCHI, F. ORCALLI (COORDINATORE).

A) Caratteristiche dei vaccini anti Covid 19

• **A1 Quali sono le differenze fra i vaccini contro il Covid-19 (Sars-CoV-2)?** I vaccini anti Covid-19 approvati in Europa dall'Agenzia Europea del Farmaco (EMA) sono due: il vaccino **Pfizer BioNTech** (21 dicembre) e il vaccino **Moderna** (6 gennaio 2021). Entrambi hanno come componente principale l'mRNA (RNA messaggero) incapsulato in liposomi (nanoparticelle di grasso), hanno lo stesso meccanismo di azione, prevedono la somministrazione di una dose di base e un successivo richiamo.

Componenti dei vaccini a RNA

Il vaccino Pfizer-BioNTech Covid-19 contiene i seguenti ingredienti:

- mRNA,
- lipids (4-hydroxybutyl) azanediyil bis(hexane-6,1-diyl) bis(2-hexyldecanoate) (polyethylene glycol)-2000]-N,N-ditetradecylacetamide
- 1,2-Distearoyl-sn-glycero-3-phosphocholine
- cholesterol
- potassium chloride
- monobasic potassium phosphate
- sodium chloride
- dibasic sodium phosphate dehydrate
- sucrose

Il vaccino Moderna Covid-19 contiene i seguenti ingredienti:

- mRNA
- lipids (SM-102, polyethylene glycol [P EG] 2000 dimyristoyl glycerol [DMG])
- cholesterol
- 1,2-distearoyl-sn-glycero-3-phosphocholine [DSP C])
- tromethamine
- tromethamine hydrochloride
- acetic acid
- sodium acetate
- sucrose

Limiti di età di somministrazione

- Il vaccino Pfizer BioNTech è somministrabile a soggetti di età superiore ai 16 anni
- Il vaccino Moderna è somministrabile a soggetti di età superiore ai 18 anni

I limiti di età derivano dal fatto che gli studi registrativi su cui si sono basate le decisioni degli organi regolatori non includevano pazienti di età < 16 anni (Pfizer BioNTech) o <18 anni (Moderna)

Modalità di conservazione

- Il vaccino Pfizer BioNTech deve essere conservato a -75 °C circa e può essere messo in frigorifero solo fino a cinque giorni prima della scadenza
- Il vaccino Moderna deve essere conservato a temperature comprese tra - 15°C e -25°C, ma è stabile tra +2°C e +8°C per 30 giorni

Acquisizione immunità

- Con il vaccino Pfizer BioNTech l'immunità si considera pienamente acquisita a partire da 1 settimana

dopo la seconda somministrazione

- Con il vaccino Moderna l'immunità si considera pienamente acquisita a partire da due settimane dopo la seconda somministrazione
- Sono disponibili solo dati limitati sulla capacità di protezione contro il virus di una sola dose di vaccino. Durante la fase tre dello studio relativo al vaccino Pfizer, 39 soggetti vaccinati hanno contratto l'infezione da Covid-19 dopo essere stati vaccinati con la prima dose, contro 82 soggetti del gruppo di controllo non vaccinati, indicando così che 12 giorni dopo la prima iniezione il vaccino è in grado di fornire solo una protezione parziale.

<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/covid-19/vaccins-covid-19-questions-et-reponses-splif-24dec2020.pdf> domanda 45

• A.2 Come funzionano i vaccini a RNA?

Nel citoplasma delle cellule del soggetto vaccinato l'RNA messaggero viene "tradotto" in una proteina specifica del virus SARS-CoV-2 (la proteina denominata "spike") che è indispensabile per consentire al virus di penetrare nelle cellule dell'ospite infettato. Il sistema immunitario del soggetto vaccinato produce così anticorpi contro la proteina "spike" impedendo al virus Covid-19 di invadere le cellule dell'ospite.

Il vaccino, quindi, non introduce nelle cellule il virus vero e proprio, ma solo l'informazione genetica che serve alla cellula per sintetizzare copie della proteina spike.

L'mRNA utilizzato non rimane nell'organismo, ma si degrada poco dopo la vaccinazione.

- **A.3 Quale è l'intervallo fra le dosi?**
- Il vaccino Pfizer BioNTech prevede una seconda somministrazione dopo 21 giorni dalla prima dose
- Il vaccino Moderna prevede una seconda somministrazione dopo 28 giorni dalla prima dose.

<https://www.aifa.gov.it/-/covid-19-aifa-autorizza-vaccino-moderna>
<https://www.epicentro.iss.it/vaccini/covid-19-vaccino-moderna>

B) Efficacia

- **B.1 Quale è l'efficacia dei vaccini a RNA (Pfizer e Moderna)?**

Uno studio clinico di dimensioni molto ampie ha dimostrato che il vaccino contro Covid-19 mRNA BNT162b2 (Comirnaty) prodotto dalla Pfizer è efficace nella prevenzione di Covid-19 nei soggetti a partire dai 16 anni di età. Il profilo di sicurezza ed efficacia di questo vaccino è stato valutato nel corso di ricerche svolte in sei paesi: Stati Uniti, Germania, Brasile, Argentina, Sudafrica e Turchia, con la partecipazione di oltre 44.000 persone. La metà dei partecipanti ha ricevuto il vaccino, l'altra metà ha ricevuto un placebo, un prodotto identico in tutto e per tutto al vaccino, ma non attivo. L'efficacia è stata calcolata su oltre 36.000 persone a partire dai 16 anni di età (compresi soggetti di età superiore ai 75 anni) che non presentavano segni di precedente infezione. Lo studio ha mostrato che il numero di casi sintomatici di Covid-19 si è ridotto del 95% nei soggetti che hanno ricevuto il vaccino (8 casi su 18.198 avevano sintomi di Covid-19) rispetto a quelli che hanno ricevuto il placebo (162 casi su 18.325 avevano sintomi di Covid-19).

https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1279946/FAQ-Vaccinazione_anti_COVID19_con_vaccino_Pfizer.pdf

Per il vaccino Moderna è stato condotto uno studio clinico di dimensioni molto ampie che ha dimostrato che il prodotto è efficace nella prevenzione di Covid-19 nei soggetti a partire dai 18 anni di età. Lo studio ha coinvolto un totale di circa 30.000 persone, metà delle

quali ha ricevuto il vaccino, mentre l'altra metà ha ricevuto un'iniezione fittizia. Ai soggetti non è stato comunicato se avevano ricevuto il vaccino o il placebo.

L'efficacia è stata calcolata su circa 28.000 persone di età compresa tra 18 e 94 anni, che non presentavano segni di precedente infezione. Lo studio ha mostrato che il numero dei casi sintomatici di Covid-19 si è ridotto del 94,1% nei soggetti che avevano ricevuto il vaccino (su 14.134 persone vaccinate 11 presentavano Covid-19 con sintomi), rispetto a quelli che avevano ricevuto un placebo (su 14.073 persone a cui era stata somministrato un placebo, 185 presentavano Covid-19 con sintomi). Ciò significa che il vaccino ha dimostrato di essere efficace al 94,1% nello studio.

È stata altresì dimostrata un'efficacia del 90,9% nei partecipanti a rischio di Covid-19 grave, compresi i soggetti affetti da malattia polmonare cronica, cardiopatia, obesità, malattia del fegato, diabete o infezione da HIV. L'efficacia si è mantenuta elevata a prescindere dal sesso e dall'etnia.

<https://www.aifa.gov.it/-/ema-raccomanda-l-autorizzazione-nell-ue-di-covid-19-vaccino-moderna>

- **B.2 Le varianti del virus possono inficiare l'efficacia del vaccino?**

Il virus a RNA come SARS-CoV-2 sono soggetti a frequenti mutazioni, la maggioranza delle quali non altera significativamente l'assetto e le componenti del virus. Molte varianti di SARS-CoV-2 sono state segnalate nel 2020, ma finora queste varianti non hanno alterato il comportamento naturale del virus. La variante segnalata in Inghilterra è il risultato di una serie di mutazioni di proteine della superficie del virus e sono in corso valutazioni sugli effetti che queste possono avere sull'andamento dell'epidemia, mentre appare improbabile un effetto negativo sulla vaccinazione.

Una recente sperimentazione, condotta con il vaccino Pfizer, ha evidenziato che gli anticorpi indotti dalla vaccinazione sono efficaci

anche contro le due varianti del Covid-19 identificate in Inghilterra ed in Sud-Africa.

<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.01.07.425740v1>

- **B.3 Le persone vaccinate possono trasmettere comunque l'infezione?**

L'efficacia dei vaccini a RNA (94-95%) è stata dimostrata dopo circa una settimana dalla seconda dose. Fra la prima e la seconda dose qualche soggetto ha contratto l'infezione. Quindi una percentuale dell'ordine del 5-6% non risponde alla vaccinazione, può infettarsi e trasmettere l'infezione. Parimenti, e a maggior ragione, questo può avvenire fra la prima e la seconda dose quando la risposta immunitaria contro il virus è ancora parziale. Sono ancora carenti i dati sull'efficacia del vaccino nel prevenire l'infezione.

- **B.4 Quanto dura la protezione indotta dal vaccino?**

La durata della protezione non è ancora definita con certezza perché il periodo di osservazione è stato necessariamente di pochi mesi, ma le conoscenze sugli altri tipi di coronavirus indicano che la protezione dovrebbe durare almeno 9-12 mesi.

- **B.5 Quanti italiani dovrebbero vaccinarsi per ottenere l'immunità di gregge?**

L'immunità di gregge è una situazione che si instaura all'interno di una comunità quando la grande maggioranza degli individui è vaccinata o ha contratto l'infezione. Ciò comporta la drastica riduzione della circolazione di un agente infettivo e limita in modo significativo le occasioni di contagio, andando in questo modo a proteggere anche coloro che non possono sottoporsi a vaccinazione.

La soglia minima dell'immunità varia a seconda dell'agente infettante, i vari patogeni hanno differenti indici di contagiosità.

Solo un'ampia adesione alla vaccinazione (70-80%) potrà realizzare concretamente l'immunità di gregge per Covid-19.

Da sottolineare comunque che l'immunità di gregge è anche legata alla durata della copertura vaccinale. L'OMS puntualizza anche che se alcuni paesi raggiungeranno l'immunità di gregge, ciò non accadrà ovunque, il che impedirà il totale ritorno alla normalità soprattutto in termini di controllo alle frontiere.

C) Sicurezza, effetti avversi, sistema di sorveglianza

• C.1 I vaccini a RNA possono modificare i nostri geni?

Questi vaccini non utilizzano virus attivi, ma solo un RNA artificiale che porta nell'organismo di chi si vaccina l'informazione per produrre una proteina virale che viene immediatamente riconosciuta dal nostro sistema immunitario determinando la produzione di anticorpi specifici contro il virus.

• C.2 L'RNA può essere trascritto a DNA da enzimi endogeni?

No, l'mRNA dei vaccini, come tutti gli mRNA prodotti dalle cellule, resta nel citoplasma dove viene trasformato nella relativa proteina per cui codifica. Inoltre, si degrada fisiologicamente entro pochi giorni dalla sua somministrazione tramite il vaccino.

• C.3 I vaccini a DNA possono modificare i nostri geni?

I vaccini a DNA attualmente disponibili sono parte della categoria dei virus ricombinanti con incapacità di replicarsi, che fungono solo da vettori per raggiungere le cellule. Una volta infettate, il virus non può diffondersi alle cellule vicine ed il DNA che contiene non si integra nel genoma della cellula. Il DNA serve a trascrivere le informazioni dell'RNA messaggero e a produrre la proteina che avvierà la risposta immunitaria.

• C.4 La sperimentazione è stata abbreviata per avere in tempi brevi il prodotto?

Gli studi sui vaccini anti Covid-19 sono iniziati nella primavera 2020, perciò sono durati pochi mesi rispetto ai tempi abituali, ma hanno visto la partecipazione di un numero assai elevato di persone: dieci volte superiore agli standard degli

studi analoghi per lo sviluppo dei vaccini. Perciò è stato possibile realizzare uno studio di grandi dimensioni, sufficienti per dimostrare efficacia e sicurezza.

Nessuna delle regolari fasi di verifica dell'efficacia e della sicurezza del vaccino è stata omessa: i tempi brevi che hanno portato alla registrazione rapida sono stati resi possibili grazie alle ricerche già condotte da molti anni sui vaccini a RNA, alle grandi risorse umane ed economiche messe a disposizione in tempi rapidissimi e alla valutazione delle agenzie regolatorie dei risultati ottenuti man mano che questi venivano prodotti e non, come si usa fare, soltanto quando tutti gli studi sono completati. Queste misure hanno portato a risparmiare anni sui tempi di approvazione.

https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1279946/FAQ-Vaccinazione_anti_COVID19_con_vaccino_Pfizer.pdf

Lo sviluppo di un vaccino è un processo piuttosto lungo ed elaborato. Inizialmente si effettuano studi sperimentali in vitro, in base ai quali è possibile stabilire quale sia la composizione qualitativa e quantitativa ideale di un vaccino. Una volta definito questo aspetto, il potenziale vaccino viene sottoposto alla sperimentazione pre-clinica che include studi in vitro e su modelli animali attraverso i quali si definiscono il meccanismo d'azione (cioè la capacità di indurre la risposta immunitaria), il profilo tossicologico e le prime evidenze di efficacia e sicurezza su un organismo vivente complesso.

Questa fase permette di selezionare la formulazione che nei modelli sperimentali è risultata più promettente per essere avviata alla fase clinica preliminare sull'uomo. Per i vaccini multicomponente è necessario che in questa fase venga studiata inoltre la possibile interferenza fra le varie componenti attive del vaccino.

A questo punto, il vaccino entra nel percorso di sperimentazione clinica che può realizzarsi in quattro fasi: le

prime tre precedono l'autorizzazione all'immissione in commercio e la quarta viene condotta quando il vaccino è già disponibile sul mercato. Per tutti e due i vaccini autorizzati sono state seguite tutte le fasi elencate.

<http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/le-fasi-di-sviluppo-di-un-vaccino>

• C.5 La protezione è efficace subito dopo la prima iniezione?

Gli studi pubblicati ci dicono che una dose è sufficiente a indurre una risposta immunitaria parziale entro due settimane e che questa è fortemente potenziata dalla seconda dose. Non sappiamo quanto si prolunghi l'immunità dopo una prima dose. Una popolazione vaccinata con una sola dose vede il suo rischio di ammalarsi di Covid19 soltanto dimezzato. Il Center for Disease Control negli Stati Uniti ha dichiarato che per entrambi i vaccini a mRNA (Pfizer/BioNTech e Moderna) "La seconda dose deve essere somministrata il più vicino possibile all'intervallo raccomandato", ovvero 21 giorni e 28 giorni rispettivamente. Analoga indicazione è stata data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Quindi l'AIFA ritiene necessario attenersi alle indicazioni di somministrazione di due dosi per i vaccini finora approvati.

https://info.vaccinocovid.gov.it/?gclid=EAlaIqobChMI8K3K_vyn7gIV7TtCh0tegNbEAAAYASAAEgLuNiD_BwE

• C.6 I vaccini proteggono dall'infezione e dalla malattia?

Gli studi sperimentali erano volti a valutare l'efficacia nei riguardi della malattia sintomatica e hanno dimostrato un'efficacia in tal senso anche nelle forme gravi. Non vi sono ancora dati sufficienti riguardanti la protezione contro l'infezione asintomatica o la sua trasmissibilità.

• C.7 Quali reazioni avverse sono state osservate durante la sperimentazione?

Entrambi i vaccini non contengono proteine dell'uovo (presenti in altri vaccini) né cellule, né batteri, né virus, né porzioni di virus e non sono stati ottenuti utilizzando colture

cellulari. Le reazioni avverse osservate più frequentemente (più di 1 persona su 10) nello studio sul vaccino Covid-19 mRNA BNT162b2 (Comirnaty) sono state, in genere, di entità lieve o moderata e si sono risolte entro pochi giorni dalla vaccinazione. Tra queste figuravano dolore e gonfiore nel sito di iniezione, stanchezza, mal di testa, dolore ai muscoli e alle articolazioni, brividi e febbre. Arrossamento nel sito di iniezione e nausea si sono verificati in meno di 1 persona su 10. Prurito nel sito di iniezione, dolore agli arti, ingrossamento dei linfonodi, difficoltà ad addormentarsi e sensazione di malessere sono stati effetti non comuni, che hanno interessato meno di 1 persona su 100.

Debolezza nei muscoli di un lato del viso (paralisi facciale periferica acuta) si è verificata raramente, in meno di 1 persona su 1000.

https://info.vaccinocovid.gov.it/?gclid=EAlalQobChMI8K3K_vyn7gIVi7TtCh0tegNbEAAYASAAEgLuNfID_BwE

• C.8 Quali reazioni avverse gravi sono state osservate durante la sperimentazione?

L'unica reazione avversa severa più frequente nei vaccinati che nel gruppo placebo è stata l'ingrossamento delle ghiandole linfatiche. Si tratta, comunque, di una patologia benigna che guarisce da sola rapidamente. In generale, le reazioni sistemiche sono state più frequenti e pronunciate dopo la seconda dose. Nei Paesi dove è già stata avviata la somministrazione di massa del vaccino sono cominciate anche le segnalazioni delle reazioni avverse, da quelle meno gravi a quelle più significative, comprese le reazioni allergiche. Tutti i Paesi che avviano la somministrazione del vaccino estesa a tutta la popolazione stanno raccogliendo e valutando ogni segnalazione pervenuta al sistema di farmacovigilanza delle reazioni avverse al vaccino, così da poter definire con sempre maggior precisione il tipo di profilo di rischio legato alla vaccinazione.

https://info.vaccinocovid.gov.it/?gclid=EAlalQobChMI8K3K_vyn7gIVi7TtCh0tegNbEAAYASAAEgLuNfID_BwE

D) Categorie specifiche di utenti

• D.1 I bambini e gli adolescenti possono essere vaccinati?

I vaccini attualmente in uso non sono stati sperimentati su bambini di età inferiore a 16 anni e quindi attualmente questi soggetti sono esclusi dai piani vaccinali. EMA ha concordato un piano sperimentale sui bambini da eseguirsi in una fase successiva. I bambini con gravi comorbidità dovrebbero rientrare nella categorie da sottoporre a vaccinazione.

• D.2 Le donne gravide possono essere vaccinate?

Questa condizione non è stata valutata in nessuno studio in quanto esclusa, giustamente, dalla sperimentazione dei vaccini disponibili. Secondo le indicazioni dell'Italian Obstetric Surveillance System (itOSS) dell'Istituto Superiore di Sanità che ha rivisto la letteratura disponibile e confrontato le posizioni nei diversi Stati, pur con pochi dati a disposizione, sembra ragionevole prendere in considerazione la vaccinazione per le donne in gravidanza che sono ad alto rischio di esposizione al virus (operatrici sanitarie e caregivers) e/o complicazioni gravi da Covid-19.

Un'altra considerazione sulla sicurezza dei vaccini per madri e neonati si basa sul fatto che, nelle 2 sperimentazioni, rispettivamente 12 e 13 donne del braccio vaccinate, sono rimaste casualmente incinte; seguite durante la gravidanza, ancora in corso, non hanno manifestato effetti avversi. Quindi si raccomanda una attenta valutazione tra rischio e beneficio in un team multidisciplinare.

• D.3 Le donne che allattano possono essere vaccinate?

Secondo la stessa fonte sopracitata le donne che allattano possono essere incluse nell'offerta vaccinale senza necessità di interrompere l'allattamento. La vaccinazione viene giudicata compatibile con l'allattamento in virtù della plausibilità biologica che in un bambino allattato i rischi connessi alla vaccinazione della madre siano bassi, mentre

la sospensione dell'allattamento al seno porta a una sicura perdita dei suoi documentati benefici.

• D.4 Le persone con allergie respiratorie, con allergie alimentari, con allergie da contatto possono vaccinarsi?

Tali soggetti possono vaccinarsi rimanendo in osservazione, come tutti, per 15 minuti. Chi ha presentato in precedenza reazioni allergiche gravi deve rimanere sotto controllo per circa 60 minuti.

Chi ha presentato allergie associate ad asma bronchiale grave deve sottoporsi a vaccinazione in ambito ospedaliero.

Le reazioni allergiche non gravi non costituiscono una controindicazione alla vaccinazione. I soggetti che presentano una storia clinica di gravi reazioni anafilattiche o di grave allergia non devono essere escluse a priori dalla vaccinazione ma dovranno consultarsi con il proprio medico o con uno specialista (allergologo, immunologo) prima di sottoporsi alla vaccinazione.

I soggetti che hanno manifestato una reazione allergica grave dopo la prima dose non devono ricevere la seconda dose.

• D.5 Le persone con malattie croniche, diabete, tumori, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie, splenectomizzati possono vaccinarsi?

Le persone con malattie croniche sono più a rischio di contagio da Covid-19 e di evoluzione clinica negativa se contagiate e quindi devono essere vaccinate in via prioritaria

• Per le persone con **asma bronchiale persistente** grave si raccomanda che la vaccinazione sia eseguita in ambiente ospedaliero. In caso di asma non controllata la vaccinazione va dilazionata sino a stabilizzazione clinica.

• Le persone con **mastocitosi** possono vaccinarsi con la raccomandazione che la terapia antistaminica per via orale sia somministrata 1 giorno prima sino a 5 giorni dopo la vaccinazione. Il soggetto deve

rimanere sotto controllo per 30 minuti dopo l'iniezione o 60 minuti se vi sono state, nel passato, reazioni gravi anafilattiche.

- Le persone **in terapia anticoagulante** possono vaccinarsi senza sospendere il trattamento; la vaccinazione deve essere eseguita prima dell'assunzione della terapia.
- I soggetti affetti da emofilia o **malattia di Von Willebrand** possono vaccinarsi dopo avere ottimizzato il controllo della patologia. Nei pazienti in terapia sostitutiva la vaccinazione deve essere programmata dopo breve tempo dalla somministrazione della terapia. Si consiglia in ambedue i casi un controllo dell'area di iniezione a distanza di 2-4 ore.
- **D.6 Il vaccino contro il Sars-CoV-2 è rischioso per i celiaci?**
Non vi sono evidenze scientifiche che dimostrino che le persone affette da celiachia abbiano un rischio maggiore rispetto alla popolazione generale di sviluppare effetti collaterali in seguito alla vaccinazione.
- **D.7 Le persone con malattie autoimmuni possono vaccinarsi?**
Non sono ancora disponibili dati certi sui soggetti con malattie autoimmuni che peraltro sono stati inclusi nelle sperimentazioni iniziali. Nessuna malattia autoimmune rappresenta una controindicazione; è comunque ragionevole dilazionare la vaccinazione nella fase acuta della malattia.
- **D.8 Le persone immunodepresse possono vaccinarsi?**
I dati relativi all'uso dei vaccini anti-coronavirus sono in numero limitato ma considerando che tali soggetti potrebbero essere ad alto rischio di Covid-19 è consigliabile vaccinare. Vi è comunque il rischio che l'immunodepressione possa condizionare una risposta immunitaria acquisita insufficiente. Sarà quindi importante valutare la risposta immunitaria nel tempo.
- **D.9 Quale periodo di tempo deve intercorrere fra la somministrazione di plasma iperimmune o di anticorpi monoclonali e la vaccinazione?**

Non esistono al riguardo dati certi; basandosi sull'emivita stimata di questi trattamenti e sul fatto che le reinfezioni sono poco frequenti nei 90 giorni successivi all'infezione iniziale si raccomanda di differire la vaccinazione di almeno 90 giorni.

- **D.10 I soggetti che hanno sviluppato una sindrome di Guillain-Barrè dopo una vaccinazione possono vaccinarsi?**

Non sono stati riportati casi di sindrome di Guillain-Barrè nei soggetti che hanno partecipato ai trial con vaccini a RNA. Secondo la Società Americana di Malattie Infettive (IDSA) tali soggetti possono essere sottoposti a vaccinazione.

E) Varie

- **E.1 Posso scegliere il tipo di vaccino?**

No, le forniture di vaccino sono disposte dalla Regione e inviate alle Aziende Sanitarie Locali.

- **E.2 Chi ha già avuto un'infezione asintomatica o sintomatica da Covid-19 deve vaccinarsi?**

Sulla base delle informazioni disponibili chi ha contratto l'infezione manifesta la presenza di anticorpi neutralizzanti per un periodo di 6-9 mesi; di conseguenza è opportuno che, data la scarsità di dosi vaccinali, questi soggetti siano vaccinati dopo tale periodo. Non esiste, peraltro, controindicazione clinica alla loro vaccinazione.

- **E.3 I vaccini in questione possono provocare sterilità nelle donne?**

No, i vaccini in oggetto non possono indurre sterilità. Non c'è, infatti, alcuna possibilità che un RNA messaggero che induce la produzione di una proteina virale possa indurre la produzione di anticorpi contro le proteine umane.

<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/covid-19/vaccins-covid-19-questions-et-reponses-spilf-24dec2020.pdf> domanda 26

- **E.4 Dovremo vaccinarci ogni anno come per l'influenza?**

È possibile che Covid-19 divenga una malattia stagionale come l'influenza. Se la copertura vaccinale

sarà limitata nel tempo o se il virus acquisirà mutazioni rilevanti sarà allora necessario vaccinare regolarmente con vaccini attivi sui nuovi ceppi.

- **E.5 La vaccinazione può essere utilizzata in post-esposizione?**

Non vi sono studi al riguardo. Il periodo di incubazione del Covid-19 è, in media, di 5 giorni mentre il periodo che intercorre fra la 1 dose del vaccino e la comparsa di anticorpi è di 10-15 giorni.

Di conseguenza, la vaccinazione non può essere considerata una strategia efficace per prevenire la malattia di chi è già stato infettato. Le persone che hanno avuto un'esposizione nota al SARS-Cov-2 dovrebbero essere vaccinate alla fine del periodo di quarantena.

- **E.6 È rischioso vaccinare un soggetto con Covid asintomatico?**

La vaccinazione delle persone con infezione nota da Covid-19 dovrebbe essere ovviamente dilazionata sino a che il soggetto è guarito dalla malattia. La raccomandazione si applica anche alle persone che sviluppano l'infezione prima di ricevere il vaccino e a quelli che la sviluppano dopo la prima dose.

I dati clinici di Pfizer-BioNTech e di Moderna suggeriscono che i loro vaccini non aggravano le condizioni cliniche nelle persone asintomatiche già infettate.

Il programma vaccinale non prevede l'esecuzione di test virologici (tampone molecolare o test rapidi) o di ricerche anticorpali prima dell'effettuazione del vaccino.

- **E.7 Quale è il cronoprogramma vaccinale?**

Al momento queste sono le categorie individuate:

- Personale sanitario e sociosanitario
- Ospiti e personale dei presidi residenziali per anziani
- Persone che hanno dagli 80 anni in su
- Persone che hanno dai 60 ai 79 anni
- Persone di ogni età che soffrono di più di una patologia cronica pregressa, immunodeficienze e/o disabilità.

- Insegnanti e altro personale scolastico
- Lavoratori di servizi essenziali
- Operatori e ospiti nelle carceri e in comunità
- Restante parte della popolazione

Il cronoprogramma stabilisce che gli appartenenti alle tre categorie a massima priorità siano coinvolti nel primo trimestre 2021: si tratta di 1,4 milioni di operatori sanitari, 570.000 tra personale e ospiti delle RSA e 4,4 milioni di anziani con più di 80 anni. Entro il secondo trimestre verrà coinvolta la fascia di età 60-79 anni (13,4 milioni) e le persone con almeno una patologia cronica (7,4 milioni).

Tra il secondo e il terzo trimestre, con l'aumento delle dosi di vaccino disponibili, si passerà a vaccinare le altre categorie tra cui gli appartenenti ai servizi essenziali (insegnanti e personale scolastico, forze dell'ordine, personale delle carceri e di comunità, ecc), infine nel quar-

to trimestre è prevista l'estensione al resto della popolazione.

• E.8 Quale è il ruolo del MMG nel programma vaccinale?

Il ruolo del MMG nella fase attuale della campagna di vaccinazione è cruciale nell'identificazione e segnalazione di situazioni cliniche particolari che devono essere valutate prima di dare il via alla vaccinazione (vedi domande e risposte precedenti). È, al momento, non definito il coinvolgimento del MMG nella seconda fase di vaccinazione che coinvolgerà la generalità della popolazione.

La sua collaborazione sarà, in particolare, indispensabile nella somministrazione a domicilio del vaccino ai pazienti che non potranno recarsi nei centri vaccinali.

• E.9 Sarà rilasciato un certificato di vaccinazione valido anche per l'estero?

Saranno vaccinate tutte le persone presenti sul territorio italiano, residenti con o senza permesso di soggiorno. Sarà rilasciata una certificazione di avvenuta vaccinazione. Istituzioni internazionali (Commissione Europea e OMS) stanno valutando una proposta di certificato internazionale digitale.

• E.10 La vaccinazione sarà obbligatoria?

La vaccinazione non sarà obbligatoria per la popolazione. In base alla legislazione vigente, al personale di assistenza sanitaria che non vorrà vaccinarsi potrà essere interdetto l'attività di assistenza.

Su questo tema, la posizione ufficiale dell'Ordine è che la vaccinazione è un dovere etico per ogni cittadino; per i medici questo dovere è accentuato dalla professione esercitata che ci richiama alla responsabilità nei confronti dei nostri pazienti e della tutela della salute della collettività.

Aggiornamento del 2021\03\01

Il 30 gennaio 2021 l'Agenzia Italiana del Farmaco, ha autorizzato, seguendole indicazioni dell'EMA, l'utilizzo del vaccino AstraZeneca nei soggetti di età superiore ai 18 anni.

A) Caratteristiche

Il COVID-19 Vaccine AstraZeneca è composto da un virus (della famiglia degli adenovirus) che è stato modificato per trasportare all'interno delle cellule del soggetto vaccinato il gene della proteina spike del virus Covid-19. Si tratta di una proteina di superficie necessaria al virus per poter penetrare dentro le cellule.

La successiva produzione, da parte delle cellule del soggetto vaccinato, della proteina spike attiverà le cellule immunocompetenti del suo sistema immunitario e la produzione

di anticorpi contro questa proteina. L'adenovirus iniettato non è in grado di riprodursi e non può causare un'infezione.

<https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommendations-covid-19-vaccine-astrazeneca-authorisation-eu>

• Componenti

- L-Histidine
- L-Histidine hydrochloride monohydrate
- Magnesium chloride hexahydrate
- Polysorbate 80 (E 433)
- Ethanol 10 Sucrose Sodium chloride
- Disodium edetate (dihydrate)
- Water for injections

• Modalità di conservazione

Il vaccino non va congelato e deve essere protetto dalla luce. Va conservato in frigorifero a una temperatura compresa tra 2°C e 8°C. La durata del prodotto, a boccetta chiusa, a queste temperature è di sei mesi (p.10 AstraZeneca).

L'efficacia del vaccino, dal momento in cui viene aperta la boccetta che lo contiene e questa viene conservata in frigorifero (ad una temperatura compresa fra 2°C e 8°C) è mantenuta per non più di 48 ore. Durante questo periodo di tempo, il vaccino può essere utilizzato a

temperature superiori a 30°C per un periodo di tempo non superiore alle sei ore, dopo tale periodo il vaccino deve essere scartato.

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/covid-19-vaccineastrazeneca-product-information-approved-chmp-29-january-2021-pendingendorsement_en.pdf

• **Acquisizione di immunità**

L'autorizzazione è stata concessa sulla base di studi controllati che hanno dimostrato che il vaccino è sicuro ed efficace nel prevenire la malattia da Covid-19 nella popolazione di età superiore ai 18 anni.

• **Limiti di età di somministrazione**

L'AIFA ha autorizzato un'utilizzo preferenziale del vaccino AstraZeneca in soggetti tra i 18 e i 55 anni, per i quali sono disponibili evidenze maggiormente solide. Successivamente (22.02.2021), la direzione generale della prevenzione del Ministero della Salute, ha autorizzato il suo utilizzo fino all'età di 65 anni: "il vaccino COVID-19 VACCINE ASTRAZENECA può essere offerto fino ai 65 anni (coorte 1956) compresi i soggetti con condizioni che possono aumentare il rischio di sviluppare forme severe di COVID-19 senza quella connotazione di gravità riportata per le persone definite estremamente vulnerabili".

Aggiornamento sulle modalità d'uso del vaccino COVID-19 VACCINE ASTRAZENECA e delle raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19.

http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=92793

Il comitato di esperti dell'EMA ritiene, infatti, che il vaccino possa essere utilizzato anche nella popolazione anziana in analogia al comportamento di altri vaccini dato che una risposta immunitaria a questo vaccino è stata osservata anche in questo gruppo.

Sulla base di queste considerazioni, l'AIFA ha suggerito:

- Un utilizzo preferenziale dei vaccini a RNA messenger nei soggetti più anziani e/o più fragili.
- Un utilizzo preferenziale del vaccino AstraZeneca, in soggetti tra 18 e 55

anni, per i quali sono disponibili evidenze maggiormente solide.

• **Qual è l'intervallo fra le dosi**

Il vaccino va somministrato in due dosi intervallate da quattro a 12 settimane.

B) EFFICACIA

• **B1 Quale è l'efficacia del vaccino?**

L'efficacia clinica è stata valutata sulla base dei risultati di due studi controllati, randomizzati, in cieco che hanno coinvolto 24.000 soggetti, a metà dei quali è stato iniettato il vaccino mentre all'altra metà è stato iniettato un placebo o un altro vaccino.

Il primo studio è stato condotto nel Regno Unito, il secondo in Brasile. L'efficacia del vaccino, dopo la somministrazione delle due dosi, è, all'incirca, del 60 %.

I dati relativi all'ospedalizzazione da Covid-19 nei partecipanti agli studi controllati, hanno evidenziato che nessuno dei vaccinati con una o due dosi è stato ricoverato in ospedale a differenza del gruppo di controllo.

• **B.2 Le varianti del virus possono inficiare l'efficacia del vaccino?**

Non sono disponibili dati in merito

• **B.3 Le persone vaccinate possono trasmettere comunque l'infezione?**

Non sono disponibili dati in merito

• **B.4 Quanto dura la protezione indotta dal vaccino?**

La durata della protezione fornita dal vaccino (con le due somministrazioni previste) non è nota e sarà definita sulla base degli studi in corso.

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/covid-19-vaccineastrazeneca-product-information-approved-chmp-29-january-2021-pendingendorsement_en.pdf

C) Sicurezza, effetti avversi, sistema di sorveglianza

• **C.5 La protezione è efficace subito dopo la prima iniezione?**

I dati evidenziano che la protezione immunitaria inizia circa tre settimane dopo la prima inoculazione e si prolunga fino a 12 settimane; il

vaccino sviluppa la sua protezione completa 15 giorni dopo l'inoculazione della seconda dose.

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/covid-19-vaccineastrazeneca-product-information-approved-chmp-29-january-2021-pendingendorsement_en.pdf

• **C.6 I vaccini proteggono dall'infezione e dalla malattia?**

L'impatto di questa vaccinazione sulla diffusione del Covid-19 non è noto: non è ancora chiaro quanto la popolazione vaccinata sia capace di trasportare ediffondere il virus.

<https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-covid-19-vaccine-astrazeneca-authorisation-eu>

• **C.7 Quali reazioni avverse sono state osservate durante la sperimentazione?**

Dolorabilità nel sito di iniezione (67,3%), dolore nel sito di iniezione (54,2 %), mal di testa (52,6 %), affaticamento (3,1 %), mialgie (44 %), malessere (44,2 %), alterazione febbrile (33,6%), febbre >38° (7,9%), brividi (31,9%), artralgie (26,4%) e nausea (21,9%).

La maggioranza delle reazioni avverse sono di entità lieve o modesta e si risolvono, usualmente entro pochi giorni.

Le reazioni avverse dopo la seconda dose sono più leggere e meno frequenti di quelle relative alla prima inoculazione.

Le reazioni avverse sono, in genere, meno frequenti e meno intense negli adulti di età superiore a 65 anni.

<https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-covid-19-vaccine-astrazeneca-authorisation-eu>

Le reazioni avverse sono definite come:

- *Molto comuni* quando sono uno o più su dieci vaccinazioni
- *Comuni* quando sono una o più nell'intervallo fra 10 e 100 vaccinazioni
- *Poco comuni* quando sono una o più nell'intervallo fra 100 e 1000 vaccinazioni
- *Rare* quando sono una o più nell'intervallo fra 1.000 e 10.000
- *Estremamente rare* quando sono una al di sotto delle 100.000 vaccinazioni

	FREQUENZA	REAZIONI AVVERSE
Disturbi del sistema ematico e linfatico	non comune	linfadenopatia
Disturbi del metabolismo e della nutrizione	non comune	perdita di appetito
Disturbi del sistema nervoso	molto comune	mal di testa
	non comune	sonnolenza, vertigini
Disturbi gastrointestinale	molto comune	nausea
	comune	vomito, diarrea
Disturbi della cute e del sottocute	non comune	Iperidrosi, prurito, rash
Disturbi muscoloscheletrici e del connettivo	molto comune	mialgia, artralgia
Disturbi generali e del sito di inoculazione	molto comune	dolorabilità nel sito di iniezione dolore nel sito di iniezione calore nel sito di iniezione prurito nel sito di iniezione ematoma nel punto di iniezione stanchezza, malessere alterazione, febbrile, brividi
	comune	tumefazione nel punto di iniezione eritema nel punto di iniezione febbre (uguale o superiore a 38°)

Modalità di esecuzione

- La vaccinazione deve essere eseguita in condizioni tali da garantire un periodo di osservazione sanitaria di almeno 15 minuti dopo l'inoculazione; devono essere disponibili attrezzature e competenze sanitarie in grado di affrontare la comparsa di un fenomeno di anafilassi.

D) Categorie specifiche di utenti

- **D.1I bambini e gli adolescenti possono essere vaccinati?**
La sicurezza e l'efficacia del vaccino nei bambini e negli adolescenti (di età inferiore ai 18 anni) non è stata ancora valutata.
- **D.2Le donne gravide possono essere vaccinate?**
I dati relativi all'utilizzo di questo vaccino in donne incinte sono limitati.

Gli studi in corso su cavie non sono conclusi; i risultati preliminari non evidenziano effetti sul feto.

La somministrazione di questo vaccino nelle donne incinte dovrebbe essere valutata quando il beneficio potenziale supera ogni rischio potenziale per la madre e per il feto.

- **D.3 Le donne che allattano possono essere vaccinate?**

Non è noto se il vaccino è presente nel latte materno.

- **D.4 Le persone con allergie respiratorie, con allergie alimentari, con allergie da contatto possono vaccinarsi?**

Tali soggetti possono vaccinarsi rimanendo in osservazione, come tutti, per 15 minuti. Le reazioni allergiche non gravi non costituiscono

una controindicazione alla vaccinazione. Devono essere valutati con attenzione, preferibilmente da un allergologo, i soggetti con:

- Pregressa reazione anafilattica grave
- Mastocitosi con precedenti fenomeni di anafilassi
- Asma grave non controllata
- Anafilassi idiopatica
- Anafilassi accertata al glicole polietilenico (PEG) o al polisorbato

Chi ha presentato in precedenza reazioni allergiche gravi deve rimanere sotto controllo per circa 60 minuti e dovrebbe sottoporsi a vaccinazione in ambito ospedaliero.

I soggetti che hanno manifestato una reazione allergica grave dopo la prima dose non devono ricevere la seconda dose.

Il gran contagio a Verona: parallelismi con l'attuale epidemia da SARS-COV 2

Una recensione di Lorenzo Sartori del libro di Francesco Pona, "Il gran contagio di Verona" a cura di Mario Gecchele, Editrice Mazziana, Verona 2020.

La peste ha un'origine molto antica e con la sua distruttività ha accompagnato l'umanità sin dai primi secoli. Trasmessa all'uomo dai parassiti dei ratti, cresce diffondendosi nelle comunità per scarsa o inesistente igiene, trovando un terreno particolarmente fertile nei periodi di più diffusa miseria sociale, quando la carestia e la fame accompagnano, come i cavalieri dell'Apocalisse, la massima sventura umana: la guerra.

Il saggio redatto da Francesco Pona (Verona, 1595-1655) medico filosofo e letterato, viene pubblicato nel 1631; è un lavoro scrupoloso, che può essere apprezzato da un lettore interessato a conoscere la cronaca della devastante epidemia di peste che ha colpito la nostra città nel '600. Questo testo è stato il riferimento per molti altri resoconti sulla peste e forse ad esso si è richiamato anche lo stesso Manzoni per la documentazione storica dei Promessi sposi e della Storia della Colonna infame. Superate le prime reticenze per una lettura non sempre riposante, nel trattato possiamo rinvenire una lunga serie di meticolose annotazioni - preziose a livello di documentazione storica - sull'andamento del contagio e sulle misure sanitarie ed economiche adottate dalle autorità competenti. Ben inquadrata nella dimensione storica e geografica, l'opera rappresenta uno spaccato reale della sofferenza vissuta nella provincia veronese, coinvolta, suo malgrado, nel tritacarne dei conflitti europei.

Mentre si scorrono le pagine, tornano alla memoria i dipinti di quell'epoca che rappresentano le vie della città e

le sponde dell'Adige senza muraglie, ma anche l'attuale aspetto desolante del Lazzaretto, che è stato negli anni Cinquanta, per chi scrive e per i suoi compagni di Porto San Pancrazio, una fantastica area di gioco. Sono ritornato, leggendo, tra quelle mura diroccate, scoprendo quanta sofferenza vi fosse passata senza che ne avessi mai avuto la consapevolezza:

"...chi sa il numero delle foglie d'una gran selva, sa il numero dei dolori e delle miserie di quella infelice ragnanza" (p. 60). Il manifestarsi ciclicamente dell'epidemia di peste e di quelle ricorrenti di vaiolo, malaria e tifo, ha spinto nei secoli molte città a corredarsi di strutture idonee ad accogliere, nell'evenienza, i tanti contagiati che dovevano essere tenuti isolati dai sani, ma, al contempo, essere assistiti. Anche Verona nella seconda metà del XVI secolo, dopo l'ennesima manifestazione pestilenziale del 1575, aveva avviato la costruzione di un grande lazzaretto su un'area sufficientemente lontana dalla città per non risentire del tanfo putrido dei corpi in decomposizione. Il lazzaretto, eretto a sud della città sulla riva destra dell'Adige, viene terminato nel 1628, a una manciata di mesi dall'esplosione dell'epidemia che investirà la città nel 1630. La struttura subito sottoposta a tensione, dovrà essere continuamente ampliata con baracche per arrivare a gestire le migliaia di appestati che vi afferranno fino alla fine del 1631.

"Giaceva l'Italia in un otio quasi che spensierato... Quando mosso il Rettor Supremo, dal lezzo de gli orrori de la traviata provincia, risolse di vibrar il fulmine de la Ira giustissima sopra di essa". (p. 41). Così viene introdotta dal Pona la narrazione della diffusione del morbo nella città di Verona, individuando le cause di tanta disgrazia nell'ira divina per la sfrenata dissolu-

tezza della popolazione. I fatti riportati nel testo si inseriscono in un periodo storico complesso, nel quale l'Italia vive una condizione politica confusa. Gli equilibri instabili tra gli assolutismi delle monarchie europee la condannano, per la frammentazione dei suoi territori, a diventare campo di scontro tra le diverse potenze. Per la successione al ducato di Mantova, nel 1628, si fronteggiano gli Asburgo di Austria e Spagna contro la Francia, alleata di Venezia. La pianura Padana è battuta in lungo e largo dalle soldataglie nemiche infette che non risparmiano alle popolazioni violenze e saccheggi, disseminando il morbo nelle campagne della provincia. Dopo la battaglia di Villabona (29 maggio 1630), che segna la disfatta di francesi e veneziani, il contagio dilaga inarrestabile anche dentro la città, al seguito delle truppe sconfitte che cercano riparo all'interno delle mura.

Il governo della Serenissima, nel cui territorio grava Verona, allarmata dal numero crescente di vittime per la diffusione del contagio, nomina il senatore Aloise Vallaresso provveditore straordinario per l'emergenza, col duplice mandato di arginare il contagio e sostenere la cittadinanza disanimata e abbandonata all'inedia. Tra le prime misure da lui adottate troviamo la cooptazione dei medici per la cura degli appestati nel Lazzaretto. Il loro reclutamento, accompagnato da sostanziosa remunerazione, non contempla la possibilità: "... del sottrahersi da simil carica", cosicché "Corse un timor gelido, per l'ossa di ciascheduno vendendosi presentare ò la spada dello sdegno del magistrato, ò'l veleno del contagio..." (p. 57). Anche il Pona, nella sua qualifica di medico filosofo, viene cooptato per la cura degli ammorbatati, ma ottiene l'esenzione dalla precettazione per intervento dello stesso Vallaresso.

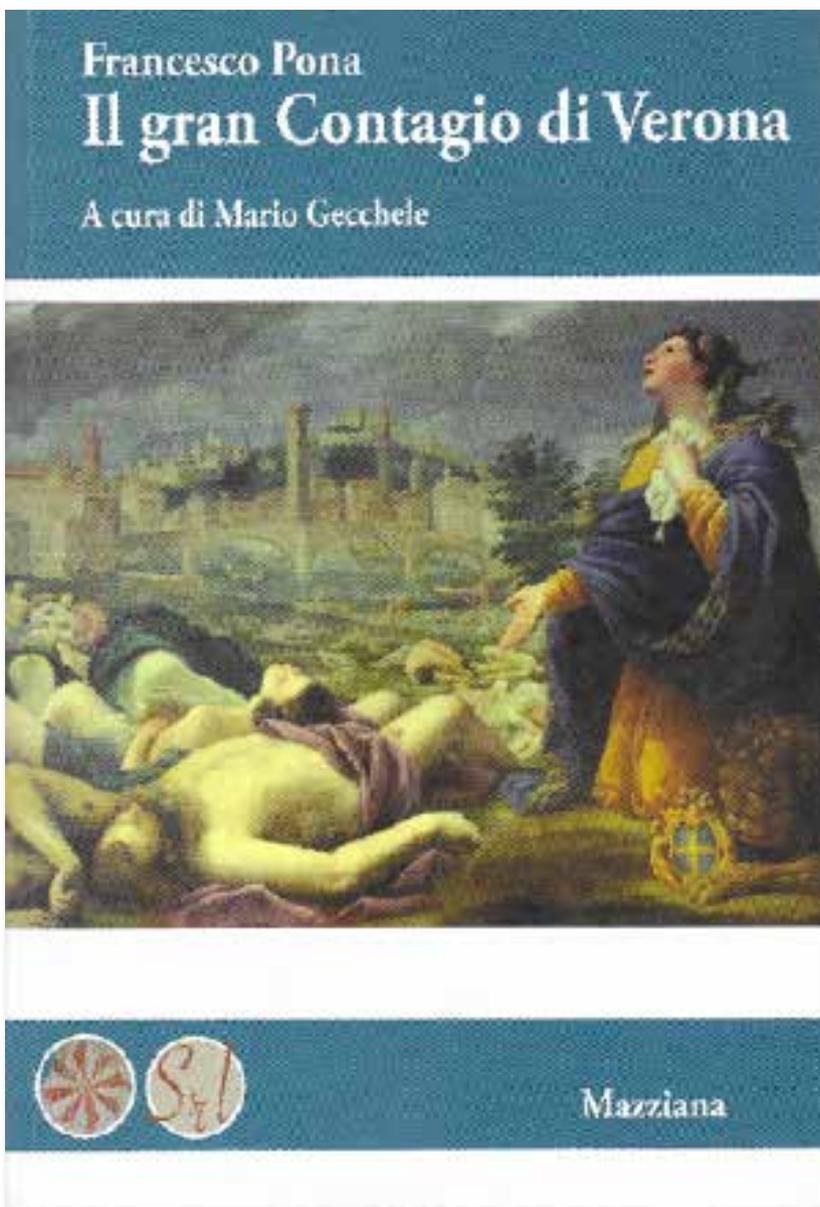
Lo stesso Pona così si raccontava: “... Francesco Pona, che stabilitosi di sprezzar l'oro e di posporre alla propria vita e alla sua famiglia, ogni altro rispetto (supposta clemenza del magistrato che con pietà e senno... voleva pur alla patria serbare fuor di pericolo qualche medico...) si contenne dentro la propria casa...” (p. 65). Tale deroga dall'obbligo di esercitare, che fu vista da molti non come un privilegio, ma come una diserzione, gli riservò qualche critica, consentendogli tuttavia - a vantaggio di noi posteri - di osservare, dalla sua abitazione ben protetta, l'evoluzione della pestilenza nei mesi, nonché di annotare tutte quelle iniziative che le autorità locali e governative ponevano in essere per il sostegno della cittadinanza. Per la sua relazione maggiore, Il gran contagio di Verona, alla fine dell'epidemia, nel 1631, verrà accolto, nonostante la sua defezione sul campo, nella cerchia dei dottori autorevoli della città. Pona non mette mai in dubbio che la causa di tanta disgrazia sia opera divina; ciononostante, quale acuto osservatore, intuisce la possibilità che l'infezione possa trasferirsi da un individuo ad un altro attraverso la respirazione, passando da una bocca ad un'altra.

La sottovalutazione iniziale dell'epidemia e la lentezza nell'emanazione delle prime disposizioni per contenere il contagio determinano la propagazione incontrollata del morbo, mentre ancora si confida in una risoluzione spontanea del contagio e nell'insperato aiuto della preghiera. D'altronde le conoscenze mediche del tempo non consentono di andare oltre la “Teoria umorale”, indicando nei vapori stagnanti dell'aria malsana la causa primaria dell'imputridimento, cui consegue l'alterazione del sangue e la sofferenza degli organi. Su queste arcaiche conoscenze si impostano le prime cure, come salassi, purghe, sanguisughe e impiastri di dubbia natura, rivelatisi inutili.

Il Vallaresso, assunto il totale controllo degli interventi, dispone subito l'isolamento dei contagiati, senza distinzione di censo. Viene ingiunto che ogni infetto: “...di qual si volesse conditione, fosse immediatamente reciso dal consortio de' sani, e man-

dato al lazzeretto” (p. 58); anche i cittadini più agiati scelgono di non essere curati nella propria casa ma di essere convogliati in quella struttura dove è maggiormente garantita l'assistenza. Da ogni quartiere della città, gli appestati, chi camminando e chi trascinandosi, raggiungono la riva dell'Adige nei pressi della chiesa del Crocefisso (Filippini) e da qui con le barche sono trasferiti e confinati nel Lazzeretto. Tutte le attività commerciali di scambio sono sospese, tutti i posti di ritrovo inutili sono chiusi. Le porte di Verona sono controllate sia in entrata che in uscita e tutta la città, si direbbe oggi, viene dichiarata “zona

rossa”. Per accedervi è necessaria la “fede” sanitaria, ossia un attestato di buona salute, di cui le guardie devono scrupolosamente verificare l'autenticità per evitare false certificazioni. Il commercio degli alimenti è controllato e, in particolare, viene proibito “... quelle sorte di frutta e di “herbaggi” (p. 95) che sono ritenuti causa di marcescenza, mentre si ordina che “...le carni non fossero vendute da' macellai per nessun modo, prima d'esser gli animali vivi legittimati da periti...” (p. 95). Le case infette sono sanificate col fuoco, incontrando ovviamente l'ostilità dei proprietari che vedono i loro beni andare in cenere.



Ogni nuovo caso infetto deve essere prontamente segnalato all'autorità da parte dei curanti cosicché: "...una tenera fanciullina, che ferita di tumore, fu curata da Chirurgo; il quale rimanendosi, ò per trascuraggine, ò per interesse di denonziarla, fu poi punito con la condanna di un anno, al servizio del Lazzaretto, senza stipendio" (p. 144)

Per arginare la diffusione del contagio viene emanata una legge marziale: nessuno, se infettato, può nascondere la sua condizione; qualora venisse intercettato per le strade è soggetto a pesanti sanzioni, come la pena della corda, il bando, la prigione e la confisca dei beni fino "...a morir di moschettate... Cavando dalla morte di questo, vitale preservativo per molti e molti..." (p.82). La stessa curia ammonisce i confessori affinché non assecondino gli inosservanti con l'assoluzione dai peccati.

Muoiuno i preti e muoiuno i medici; i pochi operatori cooptati o volontari prendono servizio purché sia "...supposta però la conditione di non avvicinarsi agli infetti, ma solo di lontano... prescriber loro, le cose necessarie per la salute... ", bardandosi con accorci vestiti incerati, incappucciati e con "...cristalli avanti gli occhi" [occhiali]... perché l'halito maligno non ha sì facile lo spiraglio, onde possa insinuarsi ed essere attratto, con la respirazione" (p.67).

I decessi si susseguono quotidianamente a centinaia e il loro numero è tale che la sepoltura in fosse comuni non tiene dietro alle morti. Si dispone quindi di riempire le barche sul fiume e dar fuoco alle stesse cariche di salme; ma alla fine, per mancanza di legna e per disperazione, si lasciano scivolare le barche con i corpi lungo il fiume, secondo la corrente, cosicché, arenandosi sulla rive, diventano gli "...humani corpi pasto de' cani, e de' corbi... menando intollerabil puzza" (p.69).

Mentre la peste con la sua forza devastante sovverte la vita dell'intera comunità, la crisi economica già endemica, ma aggravata dalla guerra, flagella tutto il nord d'Italia con la fame e l'inedia che affliggono i sani e gli scampati al morbo. Le poche risorse disponibili vanno ben presto al

collasso, lasciando spazio ai fenomeni speculativi con rincaro delle materie prime, soprattutto delle granaglie. La sofferenza reale delle classi meno abbienti è tale che, in molte città, le stesse autorità sono costrette ad intervenire massicciamente con sussidi ed elargizioni alimentari.

Giungono gli aiuti da Venezia e sono arruolate le suore nei monasteri per far del pane coi loro forni. Il Mercato vecchio, dove avvengono gli scambi dei beni primari, soprattutto della farina, non sempre è in grado di rifornire del necessario i postulanti più indigenti. Per tale motivo è decretata dal senato la soppressione del mercato vecchio: in sua vece sia "...eretto un Fondaco di Farine" garantito "col capitale di ducati venticinquemille..." (p. 136), in modo che vi sia farina anche per i poveri a prezzo contenuto e, al contempo, sia garantito ai venditori un equo indennizzo. E decisione ancora più apprezzabile è il garantire ai poveri, oltre al pane, anche un po' di companatico per cui, accanto alla farina, viene erogata anche un'elemosina giornaliera di ben "...dodici soldi per cadaun povero" (p. 74).

Verso la primavera del 1631 l'epidemia sembra perdere di virulenza, la comunità si rianima e viene autorizzata una processione solenne che interessa le maggiori chiese di Verona con promesse votive e riti di ringraziamento. Nell'autunno dello stesso anno le condizioni generali confermano un definitivo se pur lento ritorno alla normalità, cosicché la stessa arciduchessa di Toscana, Maria Maddalena d'Asburgo, in viaggio per Vienna, non esita a fermarsi a Verona con tutto il suo numeroso seguito di milizie e cavalieri.

Entrati nel ritmo della lettura, questa scorre abbastanza agevole e, talora, anche piacevole, anche se qualche volta è necessario tornare all'inizio del periodo a causa delle difficoltà di decifrazione della scrittura secentesca. Gli eventi descritti sono, pagina dopo pagina, incalzanti nella loro drammaticità. Il testo ci trasporta direttamente al centro di una calamità forse poco conosciuta dalla maggior parte dei lettori d'oggi, ma la lettura di quegli

eventi ci impone un inevitabile raffronto con la pandemia da covid 19. A distanza di quattro secoli, non sono sostanzialmente cambiati i criteri basilari di difesa da un morbo di cui non si conoscono le cause e ancora meno i rimedi. Ritroviamo l'isolamento con la quarantena, la disinfestazione dei luoghi e delle masserizie, il controllo degli accessi alle zone infette, la bardatura dei medici per evitare "l'halito con la respirazione", il certificato di buona salute - come il tampone messo in atto per il covid 19 - la ricerca empirica delle migliori cure per alleviare la sofferenza degli ammalati e, soprattutto, il sostegno economico alle classi che più hanno sofferto per la sospensione delle attività lavorative. Anche la convinzione che la peste sia un castigo divino, per assurdo, richiama l'attuale atteggiamento negazionista, simulacri entrambi del non voler guardare per non ammettere l'evidente impotenza di fronte alla piaga. E anche l'immagine macabra delle barche cariche di salme sul fiume non si discosta dalle immagini televisive delle file di camion carichi di bare, costretti alla ricerca di forni crematori in altri luoghi, essendo quelli locali già al collasso.

Infine l'autore ricorda come ai primi segni di remissione del contagio il "Popolo... precipitava senza ritegno nelle maggior dissolutezze...lo cui principio mirava Espero, e lo cui fine, scuopriva il sole" (pp. 132-133). Una narrazione che richiama, nonostante l'invito alla prudenza degli esperti, la sconsiderata riapertura delle discoteche e l'invasione delle spiagge nella nostra ultima estate.

Dai registri giunti fino a noi, che hanno documentato con diligenza e rigore il numero delle persone decedute, risulta che Verona abbia riportato, alla fine dell'epidemia, un bilancio particolarmente pesante. Prima della guerra contava circa 54.000 abitanti: ne ha persi 33.000. Dopo Milano, Verona, in percentuale, ha avuto il maggior numero di vittime e tale aggravio, rispetto alle altre città, è sicuramente dovuto alla guerra e al grande afflusso di sbandati infetti che, dopo la sconfitta di Villabona, hanno cercato riparo dentro le mura della nostra città e nei suoi dintorni.

Lo stabilimento per le fumigazioni solforose del dottor Pietro Trezzolani

GIANNA FERRARI DE SALVO

Premessa

L'oratorio dedicato a San Carlo Borromeo a Monteforte d'Alpone, del quale si è tornati a scrivere sul quotidiano "L'Arena" per urgenti lavori di messa in sicurezza e restauro conservativo, fu fatto costruire da Benedetto Boniotti all'estremità del brolo della sua abitazione tra il 1610 e il 1631. Due secoli dopo, nel 1836, l'oratorio, assieme alla villa, ai rustici e al brolo, fu acquistato dal medico Pietro Trezzolani¹, nativo del paese e oggetto di questo saggio.

Pietro, figlio di Giuseppe e di Sacchieri Maria, nacque a Monteforte nel 1788, si stabilì a Verona nel 1814 in Via Scala 1416, poi in Via Santa Maria in Chiavica 1095 dove morì il 9 settembre 1837. Dalla moglie Preatto Anna, sua compaesana, ebbe due figli: Pietro Antonio, nato nel 1836 e Giuseppe, venuto alla luce il 26 maggio 1838 dopo otto mesi dalla morte del padre e che gli sopravvisse solo due anni².

Conosciamo poco della sua carriera medica, ma il suo nome rimane legato allo "Stabilimento per fumigazioni solforose e bagni dolci" di sua proprietà, allestito nei pressi del Duomo di Verona, che egli diresse con l'ausilio del chirurgo Cesare Capetti³. I copiosi proventi derivati da questa attività gli permisero di acquistare il citato immobile nel suo paese natale.

La cassetta fumigatoria del dottor Galés

Già Omero, nell'*Odissea*⁴ fa riferimento all'impiego dello *zolfo salutare* da far evaporare, per disinfettare e deo-

dorare gli ambienti. Ippocrate lo usò sotto forma di fumigazioni per curare le malattie della pelle, nelle infiammazioni dei genitali, nelle difficoltà respiratorie, nell'isterismo e, per via orale, in molte patologie escluse quelle dove era necessaria la purgazione⁵. I medici romani lo usarono abbondantemente per maturare le infiammazioni suppurative, come antiemorroidario, esfoliativo, lassativo e depurativo. Trattato con il fuoco servì per preparare unguenti contro la scrofola dei bambini, e una pomata, addizionata a perle pestate, contro la scabbia incurabile. Gli Arabi, nel Medioevo, lo impiegarono insieme a polpa di coloquintide (con effetti purgativi drastici), brionia, scorie di ferro e zolfo, scamonea e semi di cavolo uniti a catrame, per la preparazione di pessari anticoncezionali. Avicenna ricorse alle fumigazioni di zolfo, aloe, catrame e coloquintide per far espellere la placenta dopo il parto⁶. Trezzolani, nella prima pagina del suo *Cenni generali sulla necessità di preparare alle fumigazioni* riporta l'asserzione di Plinio il Vecchio: «Vis [...] quae sulphuris [...], efficacitraditur item ad lepras, lichenas, pruritusque corporum [...]. Mitigat lumborum dolores, item articularum»⁷.

La macchina per le fumigazioni, o stufa minerale, fu congegnata nel 1812 da Jean Crysanthé Galés, medico e capo farmacista dell'ospedale parigino di Saint Louis dal 18028, per sanare la scabbia e altri morbi della pelle. L'anno successivo, per rendere più sicura ed efficace la terapia, lo stesso Galés allestì un dispositivo a forma di cassetta e, dopo molti esperimenti, fece conoscere alla classe medica e alla popolazione l'importanza di questo vantaggioso e poco costoso metodo terapeutico. Nel 1814 egli fu

avvicinato dal chimico D'Arcet⁹ che gli esternò le sue perplessità sulla chiusura della "cassetta fumigatoria" e gli propose alcune correzioni. Pure il dottor Alibert¹⁰, direttore di quel nosocomio, aveva constatato che, a causa di tale difetto, i pazienti rimanevano troppo esposti alle fumigazioni soffocanti degli acidi solforosi e carbonici. Con l'ausilio dei disegni presentati da D'Arcet fu avviata la costruzione di cassette da uno fino a dodici posti. Questa innovazione fu approvata pienamente dal Giurì, dai membri della Facoltà Medica parigina e da molti medici illustri, e Galés fu premiato dal Re di Francia, Luigi XVIII, con una pensione di seimila franchi e insignito della Croce al merito civile di prima classe dal Re di Prussia Federico Guglielmo III. Fu così che dal 1815, sfruttando questo trattamento per alquante patologie cutanee, Galés divenne imprenditore fondando a Parigi un istituto di dermatologia privato. In una solenne seduta, il 28 febbraio 1816, il Consiglio dell'ospedale parigino di Saint Louis gli attribuì il merito di essere riuscito, con l'uso delle fumigazioni, a guarire molte malattie della pelle, e riconobbe al signor D'Arcet quello d'aver reso più sicura la somministrazione dei diversi suffumigi¹¹.

Uno stabilimento delle fumigazioni anche a Verona

Nel 1819 sorse a Verona, al civico 130 di Via Duomo, il primo stabilimento per le fumigazioni su iniziativa del dottor Pietro Trezzolani (abilitato in medicina e chirurgia n. 1096). Risultava di tre apparati fumigatori comperati a Vienna dal dottor De Carro¹², ulteriormente modificati e resi più sicuri ed efficaci dal fisico Gaetano Melandri di Treviso e poi dal nostro medico veronese¹³.

A distanza di pochi anni, l'ottimo risultato ottenuto delle fumigazioni solforose persuase il proprietario-direttore, a ingrandire il centro terapeutico dotandolo «di delizie, di comodi e di adiacenze [...] per sollevare lo spirito degli infermi e rendere più piacevole la cura». Lo si evince da un articolo promozionale da lui fatto pubblicare nel 1829 sulle pagine del "Foglio di Verona", periodico settimanale di cui spesso si serviva per reclamizzare e vantare la sua attività terapeutica, per indicarne le modalità d'accesso, i servizi offerti e le varie tariffe¹⁴. Nel 1835, tramite il solito messaggio divulgato in occasione della riapertura del centro terapeutico (da maggio a ottobre), annunciava che le vasche per i bagni dolci erano state ulteriormente accresciute arrivando al numero di 15.

Fin dall'inizio di detta attività era stato stabilito che gli indigenti potevano godere di prestazioni gratuite previa presentazione di fede (certificato) parrocchiale, vidimata dall'autorità locale, attestante la povertà. Ogni paziente doveva procurarsi il biglietto d'ingresso presso la farmacia alle Due Campanie in Via Nuova, allora diretta dal dottor Francesco Mazzoni¹⁵. Alle cure si era ammessi solo se muniti di un'anamnesi storica della propria malattia, convalidata dal medico direttore, unico deputato a decidere sulla convenienza a praticare la fumigazione o il bagno di vapore acqueo semplice o medicato.

Nello stabilimento venivano effettuati i seguenti servizi: «fumigazioni, compreso il letto e la biancheria, lire austriache 2,20; bagno universale, artificiale, solforoso o aromatico, compresi letto e biancheria, cioè un'ora di bagno ed un'ora di letto, lire aust. 2,50; bagni dolci con letto, lire aust. 2,00; bagno dolce senza letto, lire aust. 1,25». I prezzi dei bagni minerali, ferruginosi, di mare, di iodio, ecc, venivano fissati al momento a seconda della qualità del rimedio impiegato; l'acqua utilizzata era quella del Loric¹⁶. Per le fumigazioni eseguite a domicilio con la macchina portatile il prezzo saliva a 4,00 lire austriache. Si potevano sottoscrivere abbonamenti ottenendo uno sconto significativo¹⁷. La terapia fumigatoria era usata nel-

le affezioni reumatiche e per mitigare i dolori lombari, nelle malattie del sistema linfatico e nervoso; era efficace nella lebbra, licheni, prurito del corpo, impetigini, erpeti ulcerose generali e furfuracee. Trezzolani fece uso non solamente delle fumigazioni a base di zolfo e di preparati mercuriali, ma anche di combinazioni contenenti nitro, noce vomica, giusquiamo¹⁸, camomilla, valeriana, ora da soli ora abbinati tra loro, o associati a vapori acquei. Non di rado, il nostro medico trovava necessario far precedere le fumigazioni con il bagno universale, con il salasso o con la somministrazione di purgativi.

Tuttavia, alcuni suoi colleghi vedevano nei trattamenti preliminari l'opera più efficace ed essenziale della terapia, in quanto potevano servire a togliere dall'organismo tutti gli ostacoli più gravi alla guarigione¹⁹. I molti benefici ottenuti in parecchie forme morbose, spinsero il Trezzolani a presentare al pubblico, tramite un volumetto di 87 pagine, un prospetto con le storie di 194 malati, di cui 178 guariti, 99 migliorati, 17 senza risultato alcuno; indicati con nome e cognome (fatta eccezione per qualche N.N.), domicilio, età, temperamento²⁰, condizione sociale, professione, patologie in corso e pregresse. I pazienti per la maggior parte erano della città, oppure della provincia veronese e mantovana²¹. Nel frattempo, il "Foglio di Verona" continuava ad ospitare articoli atti a promuovere e vantare l'efficacia del suo sistema terapeutico come si può constatare, ad esempio, dall'edizione del 1835: «Le molteplici e replicate osservazioni sin dal 1819 da me istituite e rese di pubblico diritto colla stampa, m'hanno fatto toccare con mano che i reumi, le sciatiche, l'artritidi reumatiche cedono sotto l'uso delle fumigazioni con una rapidità e sicurezza tale, che non potei vedere dai bagni e fanghi termali.

Oltre essere utili nelle malattie mercuriali, in quelle della pelle, nella scabbia, nelle scrofole ed allorché, giusta la natura della malattia s'usino contemporaneamente alle stesse degli interni e idonei rimedj, nelle malattie veneree le più ribelli, nelle paralisi, nelle anchilosi...»²².

I nuovi proprietari dello stabilimento

Deceduto il dottor Trezzolani nel 1837, colpito «da morte rapida in sul fior del senno, e in sul bello reale del pratico suo medico esercizio»²³, lo stabilimento fu rilevato dal medico e dottore in chirurgia Francesco Ferrari che ne mantenne la proprietà fino al 1846 anno del suo decesso²⁴. Le tariffe, rispetto a quelle praticate dal precedente proprietario, subirono solo lievi ritocchi, rimanendo gratuite le prestazioni per la classe povera. Nel tariffario del 10 giugno 1844, e per gli anni a seguire, il dottor Ferrari riprese la postilla usata ultimamente dal Trezzolani: «Attesa la modicità dei fissati prezzi, le monete non si ricevono che a tariffa, e gl'inservienti di tutti e due gli Stabilimenti prestano il loro servizio appoggiati alla generosità dei ricorrenti»²⁵.

Dedichiamo un cenno anche al Ferrari utilizzando quanto si ricava dal suo elogio funebre.

Nato a Rota presso Caldiero nel 1780, dopo la laurea «svolse il suo tirocinio colla laboriosa carriera di medico condotto di campagna che sostenne zelantemente e che abbandonò dopo alquanti anni per trasferirsi in città ove lo chiamava il bisogno d'educazione ai propri figli. Ivi l'aveva preceduto la fama di uomo probo e medico coscienzioso, che però non contribuirono a procurargli una numerosa clientela [...]. A 65 anni, dopo 40 di professione esercitata con nobiltà di sentimenti e santità di scopo [...], morì il 10 dicembre 1846 nella sua casa in parrocchia di San Fermo «dopo lunga e crudele malattia sopportata con saggia fermezza e cristiana rassegnazione [...] ed un coraggio di cui se ne hanno ben pochi esempi». Medico aggiunto presso lo Spedale Civile, poi primario dello stesso nosocomio, presidente della Società di Mutuo Soccorso di Verona, molto stimato dai colleghi, fu definito «valentissimo e tra i più distinti pratici (chirurghi) della città»²⁶. Nel registro generale dei soci della Società Medico Chirurgica e Farmaceutica è così ricordato: «...la sera del giorno 12 venne dalla casa accompagnato dal corpo sociale alla chiesa di San Fermo Maggiore ed ivi, finite le ese-

quie, dal socio Zerlotto [...] letta breve ed affettuosa necrologia la quale fu stampata sul "Foglio di Verona", venne la mortale spoglia accompagnata fino al cimitero»²⁷.

Poco si conosce della sua vita privata. Dal matrimonio con la villafranchese Anna Rensi (o Renzi, deceduta nel 1836) avvenuto nel 1814, nacquero Emilia, Luigi Adolfo e Celso. Quest'ultimo si trasferì a Lonigo e poi a Monselice nel 1872²⁸; di Luigi Adolfo non si ha alcuna notizia, mentre Emilia nel 1839 sposò il farmacista Giovanni Scudellari²⁹, nativo di Cazzano, ma abitante a Verona, che fu cassiere della Società medico chirurgica e farmaceutica fin dalla sua fondazione.

In seguito al decesso del Ferrari, lo stabilimento fu acquistato dal chirurgo oculista Giovanni Battista Vanzetti. Primogenito di nove figli, costui era

nato il 17 giugno 1811 in contrada San Fermo, dal casolino (pizzicagnolo) Celeste, originario di Gazzolo in Comune di Arcole, e da Eleonora Zanon.

Vedovo di Orlandi Emilia, dalla quale ebbe due figlie, Rita e Rosa, continuò ad abitare nella casa di famiglia in Via Scala n. 1411. Minime le notizie sulla sua carriera. Per aver brillantemente curato la signora Carlotta Manganotto Salvio, ridonandole la vista «dopo due anni di malattia, già dall'Arte medica abbandonata e dichiarata inguaribile», il di lei marito dedicò un sonetto «all'egregio medico e distinto oculista Vanzetti»³⁰.

In una pubblicazione curata dal collega Giuseppe Bresciani de Borsa, primario di chirurgia e ostetricia nello Spedale Civile di Verona³¹, il Vanzetti viene menzionato quale consulente in diversi difficili interventi chirurgici,

mentre, in veste di direttore dello stabilimento balneario e delle fumigazioni, fu tra i componenti del IX Congresso degli Scienziati Italiani a Venezia nel 1847, per la sezione di fisica³². Vanzetti si dimise «per sua volontà» da socio della Società Medico Chirurgica e Farmaceutica di Reciproco Soccorso il 1° dicembre 1850, dopo avervi fatto parte per 60 mesi³³.

Ed è da una lettera dell'avvocato Ettore Scipione Righi del 19 luglio 1886 indirizzata all'amico Cesare Lombroso, che apprendiamo delle tristi condizioni degli ultimi anni del Vanzetti, «rispettabile vecchio di più di 75 anni, il quale [...] dall'anno 1860 [...] divenne cieco.

Abbandonò l'esercizio professionale, ma continua a giovare gratuitamente dei propri consigli coloro che l'invoicano, come ora giova a me per solo sentimento di umanità»³⁴.

Le pubblicazioni

- P. TREZZOLANI- G. B. BERTI, *Istruzioni sul nuovo metodo del bagno a suffumigio solforoso* (Verona 1819).
- P. TREZZOLANI *Lettera Del Signor Dottore Pietro Trezzolani al Signor Professore Pietro Dall'Oste*³⁵ *sui risultamenti da esso ottenuti dalle fumigazioni solforose instituite l'anno MDCCCXIX mediante la macchina del signor dottor De Caro, e sulle modificazioni da esso lui fatte alla stessa* (Padova 1820).
- P. TREZZOLANI, *Cenni generali sulla necessità di preparare alle fumigazioni solforose gli ammalati, e sul vario loro trattamento* (Verona 1821).
- P. TREZZOLANI, *Nozioni sull' antico uso dei bagni a vapore e sulla nuova introduzione degli apparecchi fumigatori portatili* (Verona 1821).
- P. TREZZOLANI, *Prospetto storico di molte malattie curate in Verona nel triennio 1829-30-31 col metodo fumigatorio e vaporoso del dottor Pietro Trezzolani* (Verona 1832).
- P. TREZZOLANI, *Sonetto dedicato al cantante d'opera Matteo Porto a rime obbligate scritte estemporaneamente in una amichevole brigata la sera del 20-2- 1834 dopo una riunione degli anfonio-filocorei* (in "Foglio di Verona", n. 24, p. 96 [25-2-1834])³⁶.

I risultati ottenuti mediante le fumigazioni sono pubblicati anche in:

- *Alcune nozioni tratte dalle Memorie di Jean-Chrysanthe Gales, e dai rapporti relativi alle fumigazioni dello zolfo applicate alla cura delle affezioni cutanee e di molte altre malattie* (estratto dal "Giornale Enciclopedico di Napoli", anno XI, n. 12, Napoli 1817).
- *Storia di una singolare affezione cutanea guarita felicemente col muriato di barite* (in: V. L. BRERA- C. RUGGERI-F. CALDANI, *Nuovi Commentarj di Medicina e di Chirurgia*, Padova 1819. Semestre II, tomo IV, pp. 261-288).
- G.B. SEMBENINI, *Gazzetta eclettica di farmacia chimica-medica ed industriale, ossia repertorio delle meglio utili notizie pei farmacisti, medici, chirurghi e manifatturieri*, Verona 1831, vol. I, p. 36.
- *Biblioteca italiana: o sia giornale di letteratura, scienze et arti, pubblicato da varj letterati*, Milano 1833, vol. VII, pp. 103,104.
- G. GIULI, *Storia naturale di tutte le acque minerali di Toscana ed uso medico delle medesime*, Siena 1833, tomo II, p. 225.
- *Dizionario classico di medicina interna ed esterna*, prima traduzione italiana del dottor M. G. LEVI, Venezia 1834, tomo XIV, pp. 196-197.

Abbreviazioni

AACVr = Anagrafe Austriaca Comune Verona
 AASAVr = Accademia Agricoltura Scienze Arti Verona
 ASVr = Archivio di Stato Verona

*Un ringraziamento a Bruno Chiappa per aver letto il presente saggio e per i consigli.

NOTE E BIBLIOGRAFIA

- P. DALLI GANI, "L'Arena", 10-4-2020, p. 37; E. POLI-G. SALA, *Chiese e società nella storia di Monteforte d'Alpone* (-a cura di M. KNAFTON), Vicenza 2015, p. 257-258.
- AACVr, reg. AS_33, f. 11291. La Preato si risposò nel 1844 con il vedovo Teodoro Delaini, un negoziante benestante abitante a Verona in Via San Luca al civico 3162. Dal loro matrimonio nacquero quattro figli. Pietro, figlio Pietro Trezzolani, sposò Gioseffa figlia di primo letto del Delaini (AACVr, AC_45, f. 4981).
- Nato nel 1802 a Verona, residente nella Via Nuova 880, fu socio corrispondente dell'AASAVr dal 1842. È nota una sua lettera in difesa del chirurgo veronese Luigi Carlo Calza, aspramente criticato a mezzo stampa con sarcasmi e ingiurie da un anonimo collega, circa il suo metodo operatorio per l'estrazione dei calcoli vescicali (cfr. *L'Eco, giornale di scienze, lettere, arti, mode e teatri*, Milano 1834, vol. XV, pp.456-528); e una sua memoria intorno ad un caso di ernia inguinale incarcerata da lui felicemente guarita (in M. G. LEVI, *Dizionario classico di medicina interna ed esterna*, Venezia 1835, vol. XXV, p. 42). Nel 1845, Capetti fu cofondatore, con il dottor Giuseppe Ganz e altri colleghi, della "Società Medico Chirurgica e Farmaceutica" (cfr. G. FERRARI DE SALVO, *Giuseppe Ganz, un medico in fuga*, "Verona Medica", marzo 2020, p. 40).
- I. PINDEMONTI, *Odissea*, Verona 1822, libro XXII, 610.
- M.G.LEVI, *Opere compiute d'Ippocrate*, Volumi 1-2, Venezia 1838.
- IBN SINA (AVICENNA), *Liber Canonis Medicinæ*, ms. del XII sec. stampato per la prima volta a Roma nel 1593.
- C. PLINIO, *Naturalis Historia*, libro XXXV, 180,181.
- Jean Chrysanthe Galés, (1783-1854) fu membro del Circolo Medico e della Società di Farmacia di Parigi, socio corrispondente dell'Accademia Imperiale Medico Chirurgica di San Pietroburgo, della Società Fisco-Medica di Mosca, della Società di Medicina di Tolosa, delle Società di Scienze, Arti e Belle Lettere di **Maçon** (in Borgogna), di Strasburgo, ecc.; fu autore di *Mémoire, rapports et observations sur les fumigations sulfureuses*, Paris 1824.
- Jean Pierre Joseph D'Arcet (1777-1844), membro dell'Accademia di Scienze di Parigi, fu l'inventore della macchina per estrarre la gelatina dalle ossa.
- Il barone Jean Louis Marie Alibert (1768-1837), il più illustre dei dermatologi tra Sette-Ottocento e generalmente considerato il fondatore della moderna dermatologia. La sua tesi di laurea (1799), un'ampia dissertazione sulle febbri perniciose, fu tradotta in varie lingue e ristampata più volte. Assunto nel 1803 dall'ospedale Saint Louis di Parigi, cominciò a dedicarsi allo studio delle malattie della pelle. Nel 1818 divenne medico del re Luigi XVIII e nel 1821 professore di terapia alla facoltà di medicina. Scrisse di molti argomenti medici e nel 1806 pubblicò le biografie dello Spallanzani e del Galvani. Nel medesimo anno cominciò a pubblicare *Description des maladies de la peau observées a l'hôpital Saint-Louis, et exposition des meilleures méthodes suivies pour leur traitement* (Paris 1806-1827), il suo più celebre testo sulle malattie della pelle, che ebbe una seconda edizione nel 1833 e fu tradotto in più lingue compendiato dallo stesso autore. Un volume prezioso non solo per le osservazioni cliniche, ma anche per la bellezza delle incisioni in rame a colori, che segnarono un'era nuova nella storia dell'iconografia medica. Alibert tentò per primo una classificazione di tutte le malattie della pelle e alcune di esse furono da lui descritte per la prima volta: la sclerodermia porta ancora il nome di "malattia d'Alibert", e la micosi fungoide quello di "dermatosi d'Alibert" (A. CASTIGLIONI - *Enciclopedia Italiana* [1929]).
- G. MELANDRI, *Sopra le macchine fumicatorie e gli apparati a fumicazione stabiliti in Treviso*, pp. 113-131; S. LIBERALI, *Fumigazioni zolforee*, pp. 132-147, in *Memorie scientifiche e letterarie dell'Ateneo di Treviso*, Venezia 1819, vol. II.
- Jean De Carro (1770-1857), medico svizzero che aveva ottenuto molti riconoscimenti per aver introdotto e promosso per primo la vaccinazione antiaiolosa a Vienna dove esercitò per molti anni, cfr. *Observations pratiques sur le fumigations sulfureuses; par Jean De Carro, docteur en médecine*, Vienne 1819, in *Annali universali di medicina* (- a cura di C. G. A. OMODEI, C. A. CALDERINI, R. GRIFFINI), Milano 1819, vol. X, pp. 77-93.
- Lettera Del Signor Dottore Pietro Trezzolani al Signor Professore Pietro Dall'Oste [...]*, Padova 1820.
- "Foglio di Verona", anno 1829, n. 71, p. 282.
- Nato nel 1789 a Sambonifacio, si stabilì con la famiglia a Verona nel 1822 dove diresse la farmacia alle "Due Campane"; nel 1845 fu cofondatore della "Società Medico Chirurgica e Farmaceutica di reciproco soccorso". Separato dalla moglie che dal 1850 si era ritirata a vivere a Padova, morì nel 1860. I figli: Silvio morì nel 1845 (AACVr, AS_23, f. 7295), mentre Eugenio, ingegnere civile, morì nel 1858 nella casa paterna in contrada SS. Apostoli (AACVr, AC_21, f. 1214).
- Il Lori è un brevissimo fumiello che nasce nei pressi di Avesa ed entra nell'Adige dopo pochi chilometri. Il suo nome deriva da "lo Rivo" poi accorciato "lo ri". Le sue acque, che scorrevano nei pressi della Porta San Giorgio non lontana da Piazza Duomo, furono fatte condurre fino a Piazza Erbe da Cansignorio della Scala nel 1368, cfr. L. CASTELLAZZI, *Donazione ai Malaspina dell'acqua di Avesa*, in *Gli Scaligeri 1277-1387* (- a cura di G.M. VARANINI), Verona 1988, p.196; M. PASA, *Il Ri: l'acquedotto cittadino e la "Regolazione Contarina"*, in *Avesa. Studi-ricerche-cose varie* (- a cura di C. PERONI, B. POLVERIGIANI), Verona 1978, pp. 215-226.
- Detta pubblicità è riportata anche in: *L'interprete veronese, ossia guida*, Verona 1829, anno III, vol. 1-2, pp. 73, 74.
- Per uso esterno, il *nitro* veniva usato in caso di ipertensione, reumi acuti, emorragie cospicue, satiriasi, angina, gonorrea stenica e nefrite. I componenti chimici dei semi della *Strychnos nuxvomica* sono la stricnina e la brucina che hanno proprietà inebriante o narcotica. Attraverso i secoli, la sua utilizzazione medicamentosa interessò la digestione, il tono nervoso, comprese le ipostenie neuromuscolari dovute a paralisi. Il *giusquiamo*, della famiglia delle solanacee, ricco di principi attivi ad azione atropinica, era impiegato come sedativo, narcotico, antispasmodico e midriatico.
- F. FRESCHI, *Storia pragmatica della medicina, in aggiunta e continuazione a quella di Curzio Sprengel*, Milano 1851, vol. VIII, parte II, pp. 989-990.
- Secondo l'insegnamento di Ippocrate, ripreso da Galeno, il termine *temperamento* designava la mescolanza in proporzioni diverse dei quattro umori fondamentali dell'organismo (sangue, pituita, bile e atrabile). Il "temperamento normale" (o eucrasia), indicava la mescolanza perfetta degli umori, dai "temperamenti anormali" (o discrasie), quando prevalga l'uno o l'altro elemento. *Sanguigno, flemmatico, bilioso, melanconico* sono i temperamenti anormali.
- P. TREZZOLANI, *Prospetto storico di molte malattie curate in Verona nel triennio 1829-30-31 col metodo fumigatorio e vaporoso*, Verona 1832.
- Foglio di Verona, anno 1835, n. 36, p. 203.
- Tratta dall'elogio inserito nella pagina pubblicitaria dal dottor Ferrari per far conoscere la riapertura dello stabilimento sotto la sua direzione (in "Foglio di Verona", n. 65, 30 maggio 1838, p. 288).
- G. BENSASSUTI, *L'Interprete Veronese, ossia guida per l'anno 1835*, vol. V, p. 61; AACVr, AS_17, f. 4530.
- "Foglio di Verona", n. 70, anno 1844, p. 276.
- Dall'elogio funebre, scritto dal collega Giuseppe Ganz (su questo medico rimando a G. FERRARI DE SALVO, cit., pp. 39-45) e declamato in chiesa dal dottor Luigi Zerlotto, che avrebbe dovuto essere letto anche al momento della sepoltura, «ma circostanze speciali avendolo impedito, fu pubblicato sul "Foglio di Verona» (anno 1846, n. 150, pp. 559-601). Zerlotto, nato a Zevio il 30-5-1810, trasferito a Verona nel 1832 (cfr. AACVr, AS_40, f. 4221), fu presidente della Società di Mutuo Soccorso, medico primario dell'Ospedale Civile di Verona, membro del VI Congresso di Medicina, segretario della Società Letteraria dal 1840 al 1842, fece parte della Commissione Civica («che aveva funzione di mantenere la legalità austriaca e nel respingere categoricamente tutte le proposte rivoluzionarie dei veronesi»), cfr. P. AZZOLINI, *Le amiche della libertà*:

- Caterina Bon Brenzoni, Anna da Schio, Maria Teresa Alighieri Gozzadini, in Garibaldi e Il Risorgimento nel Veneto, spunti e appunti a ridosso di due anniversari* (- a cura di E. FRANZINA), Verona 2010, pp. 58-60-76. Zerlotto, laureato a Padova nel 1834 con la tesi *De quodam absurdo appetitu ovium atque de artificiali lactis secretionem annotationes nonnullae ab Aloysio Zerlotto editae ut medicinae lauream in Archigymnasio Patavino assequeretur*, Patavii 1834, pubblicò: *Di una proprietà medicinale del sangue mestruo con alcune riflessioni intorno alla natura del medesimo* (in V. L. BREPA, *Antologia Medica*, Venezia 1834, vol. IV, pp. 272-283); *Questioni intorno la causa che rende immune dal vaiuolo che l'ebbe una volta trapassato*, pp. 256-273; e sull'agopuntura: *Lettera del sig. Dottor Zerlotto al dott. Namias*, pp. 334-337 (in *Giornale per servire ai progressi della Patologia e della materia medica*, diretto da M. BUFALINI, Venezia 1836, tomo IV).
- 27 ASVr, *Società Medico-Chirurgica-Farmaceutica di Pubblico Soccorso*, reg. 1.
- 28 AACVr, AS_29, f. 2429.
- 29 AACVr, AS_31, f. 10587.
- 30 "Foglio di Verona", n. 23, anno 1841, p. 92.
- 31 In G. BRESCIANI DE BORSA, *Saggi di chirurgia teorico-pratica*, Verona 1843, pp. 410-414. Giuseppe Bresciani de Borsa nacque nel 1801 ad Ala di Trento (in I. CANTÙ, e 15 ottobre 1800 in AACVr, AS_23, f. 7350) e si stabilì a Verona nel 1828 nella parrocchia di San Luca, al n. 3 di Stradone Sant'Antonio. Figlio dell'ingegnere Leonardo (del fu Bartolomeo, avvocato, discendente dei Bresciani di Verona e marito di Matilde Borsa dei conti palatini stabilitisi in Tirolo dalla Lombardia sul finire del sec. XVII) e di Vittoria dei nobili Alberti di Verona. Secondo di tre figli: Antonio, gesuita e insigne scrittore di "Civiltà Cattolica" [1798-1862], suo è il famoso romanzo *L'Ebreo di Verona: racconto storico dall'anno 1846 al 1849*, pubblicato nel 1855, e Luigi, impiegato imperiale a Milano, resosi colpevole di aver «venduto e divorato ogni cosa che la famiglia possedeva nel Tirolo» (in *Lettere familiari erudite e descrittive del p. Antonio Bresciani della Compagnia di Gesù*, Roma 1869, p. 332-360). Giuseppe morì per "apoplezia polmonare" il 14 ottobre 1856 (ASVr, *Ufficio Sanità*, *Stato Civile, Morti Città*, reg. 146) e la sua vedova, Panato Camilla, cessò di vivere nell'Ospedale Civile di Verona nel 1864. Cesare, loro unico figlio nato nel 1830, morì nell'Ospedale Militare di Modena nel 1860 (ACVr, AC_39, f. 3956). G. Bresciani de Borsa ex Ala Tyrolis, laureato a Padova in chirurgia e medicina nel 1826 con la tesi *De Staphylomate*, fu maestro di ostetricia e oculistica, ex medico ordinario della Pia Opera di Carità, chirurgo ordinario dell'Istituto dei Padri Gesuiti del noviziato in Verona, più volte chirurgo consulente e operatore del nosocomio militare e di altri istituti, chirurgo primario dell'Ospedale Maggiore di Verona, chirurgo operatore nell'Ospizio delle partorienti della stessa città; membro effettivo e relatore della riunione scientifica italiana di Padova; membro corrispondente dell'Imperiale Reale Accademia dei Georgofili di Firenze; dell'Accademia Scientifico-Letteraria Bovolentiana; della Regia Accademia delle Scienze Mediche di Lisbona; dell'Imperiale e Reale Accademia di Scienze, Lettere e Arti di Arezzo; dell'Ateneo di Scienze, Lettere e Arti di Treviso; dell'Imperiale e Reale Accademia Scientifica dei Fisiocritici di Siena; dell'Accademia delle Scienze di Modigliana nel Gran Ducato di Toscana; dell'Accademia di Scienze, Lettere e Arti Pontaniana di Napoli; dell'Accademia di Scienze, Lettere e Arti Valdarnese del Poggio a Monte Varchi; dell'Accademia degli Euteleti di San Miniato; dell'Imperiale Reale Accademia Tirolese delle Scienze, Lettere e Arti degli Agiati in Rovereto; dell'Accademia delle Scienze Mediche e Chirurgiche di Livorno; membro effettivo e relatore del Congresso Scientifico Italiano di Milano e di Napoli; membro corrispondente dell'Accademia delle Scienze Naturali di Catania; dell'Accademia di Scienze, Lettere e Arti Arcadica di Roma; dell'Accademia di Scienze e Lettere dei Concordi di Rovigo; dell'Accademia Imperiale e Reale di Scienze Tegèa Etrusca. Autore della memoria sopra il taglio cesareo in donna vivente coll'estrazione di un bambino vivo, nella quale fa vedere come con processo suo proprio salvò la vita ad entrambi. Nel 1853 ricevette un'onorificenza da Ferdinando II Re delle due Sicilie, e lodevoli menzioni dai redattori degli atti delle scienze medico-chirurgiche di Milano, Napoli, Parigi ecc... Bresciani de Borsa, considerato un innovatore nelle tecniche di chirurgia e del parto cesareo, ebbe fama europea (su questo caso pubblicò *Osservazioni teorico-pratiche sopra il taglio cesareo in donna vivente* (Verona 1844). Nel volume descrive il rivolgimento del feto, previa la legatura e la recisione del funicolo ombelicale circondante il corpo del feto stesso; la trapanazione della lamina esterna dell'osso frontale con riscamento in caso di necrosi; il taglio del tendine d'Achille nei piedi torti congeniti, e sulla litotrisia perineale, il tutto illustrato con XV tavole incise. Nel "IV Congresso degli scienziati italiani tenuto in Padova nel 1842", Bresciani dimostrò la convenienza di risparmiare la prostata nella litotrisia perineale con l'uso di nuovi strumenti (p. 174, 175). Su di lui: *Diario della quarta riunione degli scienziati italiani convocati in Padova nella seconda metà del settembre 1842*, pp. 7-20-27-139; I. CANTÙ, *L'Italia scientifica contemporanea, notizie sugli italiani ascritti ai cinque primi congressi*, Milano 1844, pp. 82-83; "Foglio di Verona", anno 1844, pp. 236-268-276-284,285; G. GIUCCI, *Degli scienziati italiani formanti parte del VII Congresso in Napoli nell'anno 1845*, pp. 252, 253; *Bibliografia italiana: ossia elenco delle opere d'ogni specie e d'ogni lingua stampate in Italia e delle italiane stampate all'estero*, Milano 1845, pp. 44-78.
- 32 *Diario del Nono Congresso degli scienziati italiani convocati in Venezia nel settembre 1847*, pp. 92-159.
- 33 ASVr, *Società Medico Chirurgica e Farmaceutica di Reciproco Soccorso*, b. 6.
- 34 Minuta di lettera dell'avvocato Ettore Scipione Righi a Lombroso in cui lo informa della sua cecità progressiva e discute dei possibili rimedi (BCVr, *Epistolario*, ms. 636/1).
- 35 Su Dall'Oste si veda: G. VEDOVA, *Notizie biografiche intorno al professore Pietro dall'Oste opitergino*, Padova 1827.
- 36 La bella voce spiegasti, o Porto/Sulla Senna, e nell'Anglia, al Dio d'Amore/ Accrebbe la tua fama, e 'l tuo splendore/E fosti al Genio di real conforto./Il popolo t'udia pien di trasporto/Mentre in scena atteggiavi il tuo bel core;/Rammarco di color che con livore/Il tuo merto offuscar a mano a torte./Viva sempre con noi l'alta tua gloria/E 'l tuo maschio valor; frena l'invidia:/A tua mercé parlerà ognor la Storia/ E se alcun t'odia, figlio di Perfidia,/ Sia di cantor qual tu memoria.../Ma come nacque ei vivrà sol d'accidia (in "Foglio di Verona", n. 24, 25-2-1834, p. 96).

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 l personale dipendente. Per ottenerle è necessario accedere alla segreteria personalmente.

Moneta Commemorativa delle Professioni Sanitarie

Cari Presidenti, tengo a condividere con tutti Voi l'iniziativa più che apprezzabile del Ministero della Economia e Finanze che come da Decreto del 2 dicembre u.s. (G.U. n. 306 del 10 dicembre 2020) ivi allegato, ha autorizzato la coniazione della moneta da 2 euro commemorativa delle Professioni sanitarie e destinata alla circolazione ordinaria, con corso legale dal 2 gennaio 2021.

L'immagine riproduce un uomo e una donna in abbigliamento sanitario con camice, mascherina, stetoscopio e cartellina medica e in alto la scritta "Grazie". È un gesto semplice ma significativo che dà valore all'impegno profuso dai medici, dagli odontoiatri e dal personale sanitario nella lotta al COVID 19. È un omaggio in onore dei nostri colleghi caduti, ammalati e che tuttora operano a tutela della salute dei

cittadini in ottemperanza al principio etico deontologico per il quale "Ogni vita conta" come sottolineato nel nostro recente video, dal medesimo titolo, che tanto apprezzamento ha riscosso.

Un grazie, quindi a tutta la Professione per quanto fatto e per quanto continuerà a fare.
Cordiali saluti

FILIPPO ANELLI

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

Nuovi aiuti Enpam per Covid-19

Un assegno per i contagiati da Covid-19 e la presa in carico delle spese funerarie di tutti i medici e odontoiatri caduti a causa della pandemia. Sono le due nuove misure che la Fondazione Enpam si appresta ad introdurre per estendere ulteriormente gli aiuti messi in campo a seguito dell'emergenza sanitaria.

I provvedimenti, che dovranno essere prima deliberati dal Cda, saranno poi trasmessi ai Ministeri vigilanti per ricevere l'approvazione.

SUSSIDIO PER I CONTAGIATI

Già dallo scorso marzo la Fondazione riconosce un sussidio di quarantena agli iscritti che, pur non contagiati, sono costretti a non lavorare per provvedimento dell'autorità sanitaria. Ma che succede loro invece in caso di contagio da Covid-19? Per i liberi professionisti c'è la possibilità di usufruire dell'indennità di inabilità temporanea prevista però a partire dal 31° giorno di malattia.

Di fatto per i primi trenta giorni nessuna tutela è prevista per i camici bianchi che non hanno sottoscritto una propria polizza assicurativa.

Per questo la Consulta Enpam dei liberi professionisti e il Consiglio di amministrazione hanno studiato una tutela specifica per i liberi professionisti, inclusi i pensionati ancora attivi, che si sono ammalati di Covid-19.

GLI IMPORTI

La proposta è di mettere in campo una tutela eccezionale forfetaria (senza il conteggio dei giorni di malattia) per i contribuenti alla Quota B che dall'inizio dell'emergenza sono risultati affetti da Covid-19. Non è previsto, tranne che per i pensionati, un limite di reddito familiare per poterne usufruire.

Gli importi del sussidio, in fase di valutazione da parte degli attuari, che dovranno certificare la sostenibilità della misura, saranno proporzionali sia allo



stato di malattia, sia all'aliquota contributiva con cui gli iscritti versano i contributi di Quota B.

L'orientamento per quanto riguarda l'ammontare degli aiuti, è quello di distinguere tre livelli di gravità della malattia con il conseguente aumento proporzionale della somma. Si patirebbe dalla forma più lieve con isolamento obbligatorio per positività, per passare a una forma intermedia con ricovero ospedaliero, sino al livello massimo di severità della patologia con il ricovero in terapia intensiva.

Nell'ipotesi in cui, dopo la presentazione della domanda, si dovesse verificare un aggravamento delle condizioni del malato, con l'integrazione della richiesta si potrà poi avere un conguaglio della somma.

Un dettaglio importante riguarda la tassazione di questo sussidio, che al contrario di quanto avvenuto per i Bonus Enpam e Enpam +, potrebbe essere esente da imposte. Ciò perché si tratterebbe di una somma forfetaria una tantum, che non ha lo scopo di sostituire o compensare un reddito perduto, ma di dare una forma di sostegno di fronte a una condizione di malattia.

I REQUISITI

Primo requisito, presente anche tra quelli per l'erogazione dei Bonus Enpam, è essere in regola con i contributi.

In seconda battuta, gli iscritti dovranno aver prodotto un reddito imponibile presso la gestione di Quota B nel 2019. Per i neo-contribuenti, cioè quelli che verseranno la Quota B per la prima volta nel 2021, se volessero fare domanda ci sarà l'obbligo di dichiarare che presenteranno il modello D 2021 (redditi 2020).

Chi invece a causa di una malattia o un infortunio, oppure per non aver raggiunto il limite coperto dalla Quota A, non ha dichiarato il reddito da libera professione nel 2020 (redditi 2019), potrà fare domanda solo se ha contribuito per il 2017 (Modello D 2018) e per il 2018 (Modello D 2019) e dichiarerà che presenterà il modello D nel 2021 (redditi 2020) perché ha prodotto un reddito che supera l'imponibile coperto dalla Quota A.

Per i pensionati ancora attivi, i requisiti principali sono l'essere in regola con i contributi, e non avere percepito per l'anno che precede il contagio un red-

dito complessivo del nucleo familiare superiore a sei volte il minimo Inps. Gli altri requisiti specifici che riguardano i pensionati verranno comunicati per tempo.

LA DOMANDA

In caso di approvazione dei Ministeri vigilanti, si potrà fare domanda direttamente dall'area riservata del sito. Insieme alla richiesta, gli iscritti dovranno allegare un documento che certifichi lo stato di malattia o il ricovero in ospedale. Se l'iscritto a causa della sua condizione di salute non potesse fare domanda, la richiesta potrà essere fatta anche da un familiare o da una persona delegata.

SUSSIDIO PER LE SPESE FUNERARIE

Per quanto riguarda invece le spese funerarie, bisogna ricordare che tra le prestazioni assistenziali fornite dalla

Fondazione esiste già un sussidio per casi simili. La misura in questione prevede un sussidio per le spese sostenute dal nucleo familiare per far fronte alla malattia o al decesso del medico o del dentista. Un limite della misura è che sono presenti dei requisiti reddituali da rispettare e per questo motivo non tutti gli iscritti ne hanno diritto.

Nel caso del Covid-19, tuttavia, la Fondazione intende farsi carico di tutti i medici e gli odontoiatri che ne sono rimasti vittime, indipendentemente dai limiti di reddito. Il sussidio infatti, oltre a sollevare i familiari dalle spese, vuole manifestare la solidarietà della categoria nei confronti dei colleghi che hanno pagato con la vita l'impegno contro la pandemia.

Anche in questo caso il contributo coprirà gli eventi successi a partire dalla proclamazione dello stato di emer-

genza nazionale, che sino a questo momento è stato prorogato sino al 31 gennaio 2021.

L'importo sarà stabilito in seguito alla valutazione degli attuari, come accade per le altre tutele Enpam. Per fare domanda si dovranno presentare i documenti che dimostrino le spese sostenute.

GIANMARCO PITZANTI



ENPAM PER IL COVID-19



INDENNITÀ PER CONTAGIATI *
Somma una tantum per i liberi professionisti risultati positivi al Covid, di importo crescente a seconda della gravità (isolamento domiciliare, ricovero ospedaliero, terapia intensiva).



SPESE FUNERARIE *
Presi in carico delle spese funerarie dei colleghi caduti per Covid-19, anche nei casi attualmente non previsti dal regolamento.



BENEFICI PER I FAMILIARI DEI CADUTI
Ai colleghi caduti a seguito del Covid-19 l'Enpam raddoppia l'anzianità contributiva portandola fino a 20 anni (da regolamento sono massimo 10). Per i familiari significa poter contare su una pensione indiretta più alta.



INDENNITÀ PER IMMUNODEPRESSI
Ai convenzionati in una condizione di rischio per immunodepressione, esiti di patologie oncologiche, o svolgimento di relative terapie salvavita, l'Enpam corrisponde fino a due mesi di indennità.



INDENNITÀ DI QUARANTENA
Ai liberi professionisti costretti a interrompere l'attività a causa di quarantena ordinata dall'autorità sanitaria viene corrisposto un contributo sostitutivo del reddito di 82,78 euro al giorno. Ai convenzionati invece, viene erogata un'indennità per coprire i costi del sostituto o per compensare i mancati guadagni.



INDENNIZZI STATALI
Enpam ha anticipato gli indennizzi statali per i mesi marzo e aprile (dell'importo di 600 euro) e di maggio (di 1.000 euro). A beneficiarne sono stati circa 43 mila iscritti, con un esborso per l'ente di 90 milioni di euro.



BONUS ENPAM
In aggiunta alle misure statali, e con risorse proprie, Enpam ha previsto un aiuto fino a 1.000 euro al mese per tre mesi per i liberi professionisti che hanno avuto un calo di fatturato. Già liquidati oltre 145 milioni di euro a più di 63mila medici e odontoiatri.



BONUS ENPAM +
Per soddisfare la domanda di chi era rimasto escluso dal bonus Enpam, è stato introdotto un nuovo indennizzo denominato "Enpam +" e a cui hanno avuto accesso finora quasi 15mila iscritti per un esborso di oltre 27 milioni di euro.



CONTRIBUTI SOSPESI
A marzo, appena scoppia la pandemia, i termini per il pagamento dei contributi previdenziali vengono posticipati di 6 mesi (dal 30 aprile al 30 settembre). Sospese anche le rate di contributi scaduti, sanzioni, mutui e, a richiesta, quelle di riscatti e ricongiunzioni.



RINVIO LUNGO AL 2022
A metà settembre scatta un rinvio ulteriore delle scadenze contributive. A chi ha avuto un calo di fatturato significativo e al neoisritti viene offerta la possibilità di chiedere, entro il 15 ottobre, il rinvio al 2021 e al 2022 di metà dei contributi sospesi (Quota A 2020 e delle ultime rate della Quota B dovuta sui redditi 2018).



RATEIZZAZIONE CON CARTA DI CREDITO
Potenziata la convenzione con la Banca popolare di Sondrio per permettere la dilazione fino a 30 mesi di tutti i contributi dovuti ad Enpam tramite una carta di credito gratuita, con un interesse (Tan) del 6,125 per cento. Rispetto alle rateizzazioni ordinarie, questa consente la deducibilità fiscale immediata.



ANTICIPO SULLA PENSIONE (15%) **
Per i liberi professionisti che anno almeno 15 anni di iscrizione, l'Enpam ha stabilito la possibilità di richiedere un anticipo del 15 per cento dell'intera pensione ordinaria maturata.

* Nuove misure deliberate dal Cda Enpam, in attesa del via libera dei ministeri vigilanti

** non approvato dai ministeri vigilanti

24/9/2021

Pensioni maggiorate ai familiari dei caduti per Covid

I familiari dei medici e dei dentisti deceduti a seguito del Covid-19 potranno ricevere dall'Enpam una pensione maggiorata. L'ente di previdenza e assistenza della categoria aveva deliberato questa misura straordinaria già lo scorso aprile, ma solo ora entra in vigore a seguito del via libera da parte dei ministeri vigilanti.

Nel dettaglio l'Enpam aggiungerà fino a 20 anni di contributi ai medici e ai dentisti morti a seguito del Covid-19,

per fare in modo che la pensione spettante a vedove e orfani sia calcolata sull'importo a cui il familiare deceduto avrebbe avuto diritto al termine della propria carriera.

Si tratta di un provvedimento dal carattere solidaristico. "Il numero di vittime tra i medici e gli odontoiatri, già impressionante di per sé, non rende nemmeno il dramma dei casi individuali. Si pensi a quale disagio può andare incontro la famiglia di un collega strappato dal virus quando gli man-

cavano ancora 20 anni per andare in pensione – dice il presidente dell'ente Alberto Oliveti –. Ci sembra doveroso nei confronti di chi ha messo a rischio la propria vita per curare gli altri, che i familiari possano contare sul supporto della categoria".

In termini economici questa misura straordinaria comporta per i familiari superstiti un assegno pensionistico che può arrivare anche al doppio dell'importo effettivamente maturato.

Il riscatto mette il turbo alla pensione

A sentirla così la parola "riscatto" non promette nulla di buono, nella lingua della previdenza invece è sinonimo di investimento per il futuro. Riscattare significa infatti mettere a frutto dei periodi della vita che non avevano valore a livello previdenziale.

Ma cosa si guadagna con il riscatto? Il primo vantaggio del riscatto è quello di aumentare l'anzianità contributiva per chi vuole andare in pensione anticipata, accorciando di fatto il percorso verso la pensione. Il secondo non meno importante è legato all'assegno di pensione che aumenterà in modo proporzionale a quanto verrà versato.

Altro aspetto vantaggioso di questa operazione è la totale deducibilità dal reddito imponibile – senza limiti né franchigie – dei contributi versati.

Un investimento quindi che fa diminuire le tasse.

I contributi da riscatto servono infine a coprire quei "buchi" contributivi come il servizio militare o civile non utilizzabili a livello pensionistico.

COSA SI PUÒ RISCATTARE

La funzione del riscatto è in linea di massima di "coprire" dei periodi in cui non si è lavorato. Non è possibile quindi riscattare un periodo già coperto da contribuzione previdenziale, a meno che l'iscritto non abbia scelto di farsi restituire i contributi versati all'Enpam.

Detto questo, si possono riscattare gli anni di studio universitario, quindi la laurea in medicina e odontoiatria, la scuola di specializzazione e il corso di formazione in Medicina generale. Di questi periodi gli anni fuori corso non possono essere inclusi e verranno considerati gli anni standard necessari al conseguimento del titolo. Come detto sopra, anche il servizio

militare o civile rientra nei periodi riscattabili.

Si possono riscattare:

- Il corso legale del diploma di Laurea (non gli anni fuori corso);
- Il corso di specializzazione;
- Il corso di formazione in medicina generale;
- Il servizio militare o civile;
- Il periodo precontributivo compreso tra l'iscrizione all'Albo professionale e il 1° gennaio 1990, per i medici chirurghi, oppure il 1° gennaio 1995, per i laureati in Odontoiatria;
- periodi precontributivi (in cui non risultano contributi versati dalle Asl, è un'eventualità molto rara);
- periodi di sospensione dell'attività convenzionata;
- periodi liquidati (periodi contributivi relativi a precedenti rapporti professionali svolti in regime di convenzione per i quali l'Enpam ha restituito i contributi).

Una scelta possibile è anche quella di riscattare un periodo intero, per esempio i sei anni di laurea in medicina o odontoiatria, oppure una parte. Sta all'iscritto fare una valutazione in termini di costi-benefici dell'operazione.

QUANTO COSTA

Il costo del riscatto varia ovviamente in base agli anni che si scelgono di coprire e al reddito dell'iscritto che fa

domanda. Più in particolare, il costo del riscatto si ottiene moltiplicando l'incremento pensionistico, determinato dal riscatto stesso, per il coefficiente di capitalizzazione che varia in base al sesso, all'età e all'anzianità contributiva.

Per i medici dipendenti è anche possibile chiedere il riscatto all'Inps, che recentemente ha introdotto anche una forma di riscatto agevolato.

COME FARE DOMANDA

La domanda, che non è vincolante, si fa direttamente dall'area riservata o con apposito modulo (si può richiederlo in segreteria all'Ordine). Una volta ricevuta la proposta da parte della Fondazione, si potrà valutare la convenienza dell'operazione e il modo più congeniale di pagamento (in un'unica soluzione o in rate semestrali).

Aumenti ogni anno ai pensionati che lavorano

I medici pensionati dell'Enpam che continueranno a lavorare potranno ricevere la pensione supplementare ogni anno, e non più ogni tre come accadeva finora. La maggiorazione scatterà dal 1° gennaio successivo all'anno in cui si pagano i contributi.

Per capire quello che accadrà basta fare un semplice esempio. Se ci si è pensionati nel 2018 e nel 2019 si è continuato a lavorare, quest'anno si è dichiarato il proprio reddito e pagato i relativi contributi della Quota B. Dal 1° gennaio prossimo scatterà il diritto alla pensione supplementare. Nei fatti ci vorrà qualche mese in più perché l'aumento venga calcolato e accreditato, ma nel momento in cui accadrà Enpam metterà sul conto del pensionato anche gli arretrati a partire da gennaio.

Il supplemento verrà pagato d'ufficio, **senza dover fare alcuna domanda**, e – se si continua a lavorare e a versare la quota B – il meccanismo si ripeterà automaticamente ogni anno per valorizzare i nuovi contributi mano a mano che arrivano.

Per comprendere al meglio quali siano i vantaggi di questa novità, basta fare un confronto con quanto avviene invece per i pensionati lavo-

ratore iscritti all'Inps. Il regolamento dell'istituto pubblico prevede infatti che la prima richiesta di supplemento di pensione si possa fare solo dopo due anni, mentre le successive addirittura ogni cinque anni.

Quindi, andando in pensione a 68 anni e continuando a lavorare, si potrà chiedere un primo supplemento a 70 anni, mentre per i cinque anni successivi, cioè fino a 75 anni, non si beneficerà in nessun modo dei contributi versati nello stesso periodo. E lo stesso, a seguire, fino a 80 anni.

A differenza di quanto avviene all'Enpam, dove come accennato la procedura è automatica, all'Inps bisogna premurarsi, ad ogni scadenza di termine, di presentare una richiesta specifica per ottenere il nuovo supplemento.

Perché c'è l'obbligo di pagare ancora i contributi previdenziali?

L'Enpam fino a dieci anni fa non richiedeva ai pensionati di continuare a versare contributi previdenziali.

Poi l'Inps con l'operazione "Poseidone" cominciò a pretendere contributi dai medici e dai dentisti che

non versavano più al proprio ente di categoria, applicando aliquote molto più alte di quelle Enpam. Furono migliaia allora i pensionati che chiesero di ritornare sotto l'ombrello della Fondazione, ottenendo la cancellazione delle cartelle Inps.

Infine una legge dello Stato (art. 18, comma 11, D.L. n.98/2011) ha introdotto l'obbligo di iscrizione alle Casse per tutti i pensionati professionisti e ha stabilito che l'aliquota contributiva non potesse essere più bassa della metà di quella ordinaria.

Oggi i pensionati che lavorano pagano all'Enpam il 9,25 per cento, mentre chi non è iscritto a un ente previdenziale dei professionisti è tenuto a pagare il 24% all'Inps.



Contratti Covid-19, quanto si paga

Per molti medici, soprattutto specializzandi, il 2020 è stato l'anno d'inizio dell'attività libero-professionale.

Infatti per fronteggiare l'emergenza Covid il governo ha autorizzato le aziende e gli enti del Ssn a reclutare gli iscritti all'ultimo e al penultimo anno delle scuole di specializzazione con incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa.

I compensi per questi incarichi si cumulano con le somme ricevute a titolo di borsa di studio ma hanno un trattamento fiscale e previdenziale diverso.

Da un lato infatti le borse di studio agli specializzandi non sono redditi imponibili a fini fiscali – dunque sono esentasse – ma sono soggette alla gestione separata Inps (24%). Dall'altro gli incarichi di lavoro autonomo e le collaborazioni coordina-

te e continuative sono soggette a tassazione ma rientrano sotto l'ombrello della Quota A e della Quota B Enpam.

LA QUOTA A TORNA UTILE

Questo significa che sui primi 4.300 euro circa i giovani medici non devono pagare altri contributi previdenziali, poiché sono coperti dalla Quota A che versano già ogni anno. Sulla parte eccedente pagheranno invece la Quota B.

Per farlo, i redditi avuti nel 2020 andranno dichiarati quest'estate nel Modello D Enpam. In quell'occasione chi è iscritto a una scuola di specializzazione potrà scegliere se pagare la Quota B intera (19,50%) oppure se optare per l'aliquota ridotta (9,75%).

Gli specializzandi hanno infatti diritto di scegliere la percentuale ridotta, al pari di tutti i medici e gli odonto-

iatri che hanno altre forme di previdenza obbligatoria (in questo caso, la gestione separata Inps sulle borse di studio).

ESEMPIO: 10MILA EURO DI REDDITO

Il fatto di avere del reddito imponibile permette allo specializzando, al momento di fare la dichiarazione dei redditi, di poter dedurre i contributi previdenziali e portare in detrazione determinate spese come le tasse universitarie. Nell'infografica è illustrato l'esempio di un iscritto che ha avuto un incarico Covid-19 ricevendo un compenso di 10mila euro e che ha pagato 2mila euro di tassa per frequentare la scuola di specializzazione.

Da una parte, oltre alla Quota A solita, dovrà versare all'Enpam 556 euro come Quota B. Dall'altra potrà ricevere dall'Agenzia delle Entrate un rimborso di importo simile, se non superiore.



EROI QUOTIDIANI

Essere eroi, di questi tempi,
non è impossibile.

Basta fare il proprio dovere. Specie se per farlo vuol dire serve rischiare
per se e per la propria famiglia.

Lo sapeva GRAZIANO.

A chi gli diceva di stare attento, con il suo sorriso indimenticabile, rispondeva che sì,
lo sarebbe stato. Ma poi aggiungeva anche che faceva quel che poteva.

Il destino ha voluto che la prova arrivasse proprio quando era già
prenotato per la vaccinazione che l'avrebbe protetto.
Ricordo di lui l'angoscia dei primi mesi, quando le mascherine non si trovavano.

Per fortuna, mi diceva, siamo riusciti a tener fuori il virus dalla casa di riposo.
Ci conoscevamo da tanti anni.

A lui avevo lasciato l'incarico di fiduciario sindacale FIMMG quando
gli impegni dell'Ordine mi avevano spinto a lasciarlo.
Lo scelsi perché conoscevo il suo impegno, la sua serietà, la sua affidabilità, la
sua capacità di difendere quello in cui credevamo: il nostro lavoro.

E nella Medicina di Famiglia GRAZIANO ha sempre creduto.
A questa aveva dedicato il suo tempo ed i suoi entusiasmi.
Ho parlato con lui via web a dicembre in occasione dell'ultimo webinar
cui ha partecipato prima della malattia e del ricovero.

Mi raccontò le sue difficoltà a fare, di questi tempi, il nostro lavoro.
Di quanto lo impegnava rispondere a quel telefono che squillava a tutte le ore.
Di come si sentiva impotente e necessario nello stesso tempo. Indispensabile talora a lenire
i timori e le angosce di chi lo chiamava se non altro per sentire la sua voce.

Di come la gente si sentisse sollevata quando poteva essere rassicurata dalla sua disponibilità.
Di quanto dovesse spendersi e di quanto dovesse sottrarre alle figlie e alla famiglia.
Se n'è andato dopo un mese di lotta con la malattia.

È il secondo medico della nostra provincia a cadere sul campo della pandemia.
L'altro è stato LEONARDO.

Anche lui medico di famiglia nella bassa veronese ed anche lui impegnato
oltre che nel suo ambulatorio e casa di riposo.
Eroi entrambi.

Eroi del quotidiano.

Come quotidiano è il servizio che come facevano loro tanti altri colleghi svolgono ogni giorno per
curare e combattere con la malattia ma anche con le ansie, la paura e l'isolamento della gente.

GRAZIANO e LEONARDO se ne vanno e ci lasciano una pesante eredità.
Quella di saper esser degni dell'esempio che ci hanno dato.

ROBERTO MORA

Sustinenza, saluto a GRAZIANO GHIRELLI

23 febbraio 2021

Chissà quante volte Graziano ha accompagnato i suoi pazienti in momenti come questo di distacco dalla vita.

E adesso, dopo tanti anni di impegni, di progetti e di sogni comuni ci ha convocato qui per il suo commiato.

Lo saluto come Segretario Provinciale di FIMMG a nome di tutti i medici di famiglia di Verona. Mi hanno incaricato di portare un saluto personale ai familiari il Segretario Regionale Veneto dott. Maurizio Scassola e il Segretario Nazionale dott. Silvestro Scotti. Entrambi hanno conosciuto molto bene ed apprezzato Graziano in tanti incontri nei quali, lui generosamente portava sempre un contributo.

Non voglio tuttavia sprecare le parole, perché sappiamo il valore che Graziano dava alle parole, ma anche ai silenzi, all'ascolto e alla sobrietà. E ai rischi delle troppe parole.

Graziano è stato un professionista innamorato del suo lavoro di Medico di Famiglia, che per lui era "El mejo mestier del mondo" (come dice Bepi Sartori, medico e poeta veronese)



impegnato nella formazione dei giovani, come animatore di tante attività culturali e nel sostegno ai colleghi come dirigente di FIMMG, sia nel distretto 3 dell'ULSS Scaligera che a livello provinciale e regionale.

Si è ammalato di Covid curando i malati, perché i medici come Graziano, entrano nelle case dei loro pazienti, anche se sono ammalati di covid, perché li conoscono da una vita, e si prendono cura degli anziani fragili nelle case di riposo. Ma non cediamo alla retorica fuorviante dei medici eroi. I medici conoscono bene il rischio dell'imprevedibile a cui si espongono per dovere deontologico, ma molte volte hanno segnalato, inascoltati, anche le difficoltà in cui operano i medici del territorio.

Graziano è stato una guida, ma soprattutto un testimone dei valori antichi e fondanti della medicina della persona non solo come cura dei corpi, ma anche come capacità di ascolto dei disagi e di sostegno alle difficoltà delle famiglie. Un modello per i giovani medici, ma anche per i colleghi, e un monito per i responsabili della sanità di stare attenti al rischio di sviluppare solo grossi ospedali ad alta tecnologia, e del bisogno di promuovere una medicina di prossimità soprattutto a vantaggio dei più deboli e delle persone fragili.

Infine un pensiero alla famiglia di Graziano, alla moglie Susanna e alle figlie Angelica e Rossella. Vi dobbiamo chiedere un po' scusa perché tante volte ve lo abbiamo rubato.

Sappiamo quanti sacrifici sostengono le famiglie dei medici. Graziano è stato così perché avete coltivato in famiglia valori e ideali comuni.

Ci auguriamo che in questo tempo di solitudini, di amarezze e di paure la



sua vita e la sua testimonianza siano un incoraggiamento a promuovere tutti quanti, ciascuno per la sua parte, una convivenza civile a misura d'uomo.

Ciao Graziano, ti salutiamo ancora, là dove sei con le parole della poesia di Bepi Sartori che tu amavi tanto.

Guardeme le mane

*Quando sarò rivà denansi a Ti
Par metar tuto su la To balansa
Lassa star el libro
De tuto quel che ò fato
o che no nò fato
De quel che ò dito.
Par na olta Signor sèra el to libro
E guardeme le mane*

*Te le conossi ben Ti le me mane:
quando Te strangossavi na caressa
quando le T'è sugà el sudor
lavà le brose,
i era lore che T'è serado i oci
che T'è tirado zo dal To Calvario.*

*Lassa star el To libro par staolta.
Prima de verzar boca
Guàrdeme le mane.*

DR. GUGLIELMO FRAPPORTI
SEGRETARIO PROVINCIALE FIMMG VERONA

Villafranca, 1 febbraio 2021

Commiato a Paolo Cerioni

Ciao Paolo, amico caro.
Sono Lucio.
Lo sai perché sono qui. Guarda
quanta gente, commossa!
C'è l'Aeronautica, la tua
seconda madre, che ti ha
forgiato il carattere "militare".
C'è la Regione Veneto, dove è
ancora presente il ricordo di Te.
C'è l'Amministrazione di Villafranca
con il Sindaco, Assessori e
Consiglieri Comunali.
Ci sono i Medici.

Io sono qui a rappresentarli
a nome del Presidente Carlo
Rugiu, del Consiglio dell'Ordine
e delle tue collaboratrici.
Più di trent'anni di dedizione assoluta
nel ruolo di Direttore dell'Ordine dei
Medici Chirurghi e Odontoiatri di
Verona. Disponibile sempre per tutti.
Il nostro labaro qui accanto
a Te rappresenta il Grazie
e l'Onore che ti rendono
idealmente i medici veronesi.

Ci sono i tuoi amici; alcuni hanno
ruoli importanti nella vita pubblica.
C'è la Gente di Villafranca!
La gente che spesso il sabato
mattina incontravi in piazza.
Un saluto, un sorriso: "beveto
un caffè? Te lo offero mi".

Tu di terra friulana, razza Piave come
eri solito dire, hai avuto la stima e
l'affetto dei villafranchesi. Preziose
sono le emozioni che ci hai dato.
Il tuo ricordo non smetterà
di farci soffrire.

D'improvviso ci accorgiamo
che c'è stato un uomo speciale
vicino a noi e ora che non c'è
più ci sentiamo tutti più poveri.

Fra me e Te, anzi fra Te e me,
c'è stato un rapporto speciale
e questo lo sai bene.

Un giorno mi portasti una lettera
e mi dicesti: "tienila tu fino a
quel momento". Erano le tue
disposizioni di fine vita.



Adesso comprendo appieno
quanto bene mi hai voluto!
La Bruna, così chiamavi tua
moglie, "come stala la Bruna?" era
l'inizio delle nostre telefonate.
La Bruna, Elena, Elisa, Ketty, Fabio
troveranno forza anche attraverso
la fede e Tu, che sei al di là
del vetro, farai sentire sempre la
tua presenza e il tuo amore.
Tutti insieme ti diciamo ciao Paolo.
Vivrai nei nostri cuori.

Legnago, ...

Commiato al Dott. Leonardo Tarallo

Caro Leonardo,
sono Lucio Cordioli. Sono oggi
a Legnago a rappresentare il
Presidente dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri di Verona
Dott. Carlo Rugiu e tutto il Consiglio
dell'Ordine per farti sentire la
vicinanza ideale dei 6500
medici e odontoiatri veronesi.
Sono qui a testimoniare il dolore
della "Professione Medica" per
la perdita di un collega di alto
valore. Abbiamo portato il nostro
labaro, la nostra bandiera. Dove
ora sei, hai già trovato tanti altri
colleghi vittime di questo maledetto
virus. La maggioranza sono
come te, medici di famiglia.
Sei caduto sul campo di battaglia.

Quel campo è per noi medici di
famiglia il nostro ambulatorio e la

casa dei nostri pazienti. E' in quei
luoghi che anche ora tanti altri
nostri colleghi fanno il loro dovere.
Vinceremo questa battaglia anche
per TE. Adesso i tuoi pazienti,
la comunità tutta in cui operavi,
comprendono appieno quanto sia
lacerante l'interruzione del rapporto
di fiducia che avevano con TE.
L'Ordine dei Medici ti rende onore.
Sofia, futura farmacista e
Francesco, futuro medico, i
tuoi amati figli, seguiranno le
tue orme ed il tuo esempio.
La nostra professione è stata
definita da un collega poeta
"el mestier meio del mondo".

Egli ha messo in versi le parole
che immagino tu stia ora
dicendo al Giudice Supremo
"Guardeme le mane".



Ciao Leonardo,
grande collega.