

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica

In questo numero:

Danni collaterali da pandemia pag. 5

**Suggerimenti operativi e terapeutici per pazienti
affetti da Covid-19 trattati nel territorio pag. 16**

**Emergenza COVID 19. Gestione clinica e terapeutica
dei pazienti nel setting domiciliare pag. 41**

**La sanità che vogliamo.
Le cure orientate dalle donne pag. 55**

2
GIUGNO
2021

VERONA MEDICA

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

Anno LVI n. 2 GIUGNO 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
Franco Lanza
Papaveri

INSERZIONI PUBBLICITARIE SU VERONA MEDICA

SPAZIO	1 USCITA	2 USCITE	4 USCITE
1/4 pagina interna	€ 70,00	€ 50,00 (per uscita)	€ 40,00 (per uscita)
1/2 pagina interna	€ 150,00	€ 100,00 (per uscita)	€ 70,00 (per uscita)
1 pagina interna	€ 250,00	€ 200,00 (per uscita)	€ 150,00 (per uscita)
2ª e 3ª pagina di copertina	€ 400,00	€ 300,00 (per uscita)	€ 250,00 (per uscita)
4ª pagina di copertina	€ 600,00	€ 400,00 (per uscita)	€ 300,00 (per uscita)

EDITORIALE

5 *Danni collaterali da pandemia*

NOTIZIE DALL'ORDINE

7 *Comunicato stampa Elezioni FNOMCeO*

8 *Verballi del Consiglio e delle Commissioni*

ALBO ODONTOIATRI

14 *Verballi della Commissione Odontoiatri*

AGGIORNAMENTO

16 *Suggerimenti operativi e terapeutici per pazienti affetti da Covid-19 trattati nel territorio*

23 *Eventi avversi dei vaccini anti-SARS-CoV-2 di Pfizer-Biontech, Moderna e AstraZeneca*

27 *Aggiornamento 26/5/21*

32 *Domande e risposte sui vaccini COVID-19*

41 *Emergenza COVID 19. Gestione clinica e terapeutica dei pazienti nel setting domiciliare*

PROFESSIONE E LEGGE

48 *Lo scudo penale è legge: minimo impatto giuridico, massimo impatto mediatico*

49 *Quattro anni di legge Gelli Bianco*

50 *Medici alla riscossa? Il risarcimento (per una volta) a favore del sanitario*

50 *... E se il paziente mi registra? Dubbi e riflessioni sulle implicazioni della telemedicina*

52 *Medici fino a 70 anni, purché non se ne assumano di nuovi*

ATTUALITÀ

53 *Campione e dentista, torna in campo per vaccinare*

54 *Priorità vaccinali*

55 *La sanità che vogliamo. Le cure orientate dalle donne*

STORIA DELLA MEDICINA

56 *Salomon Resnik e la psicoterapia in Verona nel secondo '900*

61 *Lugi Mendini chirurgo con mansioni di medico durante il colera a Trevenzuolo nel 1836*

ASSOCIAZIONI

67 *Dentisti: pronti a vaccinare*

FOMCeO

68 *Fnomceo, rinnovo nel segno della continuità*

ENPAM

69 *Bilancio 2020: utili a 1,2 miliardi*

70 *Contributi gratis per chi si è abilitato nel 2020*

70 *Riuscito il piano di vendita dell'Enpam*

71 *Maternità, almeno 6mila euro per le dottoresse*

72 *Modello D a prova di errore*

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

CASA

SALUTE

PENSIONE

E NON SOLO!!

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

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

Danni collaterali da pandemia

Tre mesi fa concludevo il mio editoriale con queste parole: *Ci sarà molto da fare, si tratterà di ricostruire il nostro Paese, la nostra Sanità, dopo le macerie della pandemia: sarà il nostro "dopoguerra".*

Ora che la luce in fondo al tunnel è più vicina, penso di poter individuare quali saranno le priorità. Su tutte, credo che a necessitare di un intervento celere sia l'aspetto legato alla risoluzione dei "danni collaterali" della pandemia. Mi riferisco a tutte quelle prestazioni internistiche, chirurgiche e di screening che sono saltate durante i mesi dell'emergenza e i cui effetti sulla salute pubblica, al momento difficilmente calcolabili, si faranno sentire nel prossimo futuro.

I nuovi dati di Agenas – l'Agenzia sanitaria nazionale delle Regioni, che ha collaborato con il Laboratorio Mes del Sant'Anna di Pisa – ha calcolato quanto sia "costata" la pandemia alla popolazione italiana. Per esempio, nei primi sei mesi del 2020 i ricoveri si sono ridotti di quasi il 30%, passando da 4.3 milioni a 3.1 milioni. Ancora, nei primi nove mesi del 2020, sono andate perdute, ovvero non eseguite, 52 milioni di visite specialistiche.

Secondo gli epidemiologi ci vorrà del tempo per definire con precisione gli effetti, sulla mortalità, di queste prestazioni che non sono state erogate. Se guardiamo agli interventi per patologia oncologica, nei primi sei mesi del 2020 sono stati eseguiti 22% in meno di interventi per cancro della mammella, 24% in meno per la prostata, 32% in meno per neoplasia del colon e 13% in meno per il cancro del polmone. Nel complesso, l'attività chirurgica oncologica urologica si è ridotta del 50% sul territorio nazionale. Ma non solo la chirurgia oncologica è stata falciata dal Covid: anche la chirurgia generale ha subito un taglio dei ricoveri per interventi

programmati superiori al 50% solo nei primi sei mesi del 2020, per poi subire un altro taglio durante l'autunno. Del resto, con interi reparti di chirurgia trasformati in reparti Covid e con le UTI trasformate in Unità Covid, mancava il personale e la possibilità di seguire tali interventi e prestazioni.

Anche i programmi di screening e le visite di controllo oncologiche hanno subito nel 2020 una drastica riduzione rispetto al 2019: nei primi nove mesi del 2020 lo screening della cervice uterina si è ridotto del 32%, quello della mammella del 30% e quello del colon retto del 34%. Complessivamente lo scorso anno abbiamo avuto due milioni e mezzo di esami di screening in meno e rischiamo di ritrovarci, nei prossimi mesi, con un numero maggiore di diagnosi di tumori in stadio più avanzato.

Nell'insieme queste situazioni hanno comportato gravissimi ritardi nella chirurgia programmata, anche per patologie benigne. A tutt'oggi l'attività chirurgica per patologia non oncologica, di minor urgenza rispetto quella oncologica, ma altrettanto importante per l'utenza (interventi di ernioplastica inguinale, di colecistectomia, etc.) non è mai ricominciata completamente, complice la grave carenza di anestesisti e di personale infermieristico.

E in Veneto? Secondo i calcoli della Regione, fra il 2020 e i primi quattro mesi del 2021, fra prime visite e visite di controllo, sono circa 290.000 le prestazioni specialistiche non eseguite, dunque da recuperare. Nello stesso periodo sono rimaste inevase 46.000 prestazioni di screening mammografico, 54.800 di screening cervicale, 87.000 ricerche di SOF e quasi 5000 colonscopie. Globalmente parliamo di 500.000 prestazioni da recuperare, e quindi ci riferiamo a 500.000 cittadini Veneti che dovranno essere ricontattati per recuperare il contatto con il SSN.



Il Presidente OMCeO Carlo Rugiu

Studiare un piano di recupero che preveda l'esecuzione delle prestazioni specialistiche in evase è di fondamentale importanza. Non solo: questo piano dovrà essere attuato tempestivamente, perché "è possibile – afferma l'ultimo report dell'Osservatorio nazionale screening – che le fasce di popolazioni più abbienti e con un livello di istruzione più elevato decidano di ricorrere a offerte di prevenzione individuale, rivolgendosi al privato". Va da sé, quindi, che a risentire maggiormente del ritardo sarebbero le fasce di popolazione più fragili.

I danni collaterali da Covid non si osservano solo sulla patologia neoplastica, ma anche in ambito cardiovascolare: infatti, nel 2020 si è registrato un calo del 23% nei ricoveri per IMA, con una riduzione del 34% nelle angioplastiche eseguite. Qui il problema va probabilmente inquadrato sotto un'altra prospettiva: le prestazioni cardiologiche urgenti non sono mai state ridotte dalle UCIC, piuttosto si è ridotto il numero di pazienti che voleva farsi curare. Lo conferma l'apparente riduzione di IMA del 16% nel 2020 rispetto al 2019 in Veneto: che fine hanno fatto tutti quei pazienti? La risposta del presidente della società italiana di Cardiologia è tanto semplice quanto disarmante: "non si sono curati e tanti sono morti".

Il problema ora è intercettare i pazienti non acuti, ma comunque gravi, che a seguito della pandemia si sono allontanati dal Servizio Sanitario.

Dovremo convincerli che ora gli ospedali sono luoghi sicuri, dove tutto il personale è stato vaccinato, e che quindi non devono temere di andare a fare visite ed esami, perché i benefici sono molto maggiori dei rischi.

Chiaramente dovranno essere identificate delle priorità per il recupero delle prestazioni specialistiche e per farlo è stato costituito un apposito tavolo di confronto, che ha già iniziato a lavorare attivamente, attorno al quale il Direttore Generale della Sanità Veneta ha riunito i presidenti degli OMCeO e i referenti delle Commissioni ordinistiche Ospedale-Territorio. Ci ha fatto molto piacere questo cambio di rotta rispetto al passato nei rapporti con la Regione, e vogliamo vederlo come un segnale prognostico favorevole, indicativo di una svolta nella collaborazione fra i vertici della Sanità Veneta e i rappresentanti Ordinistici del Veneto.

È apparsa subito cogente la necessità di svolgere un'efficace e capillare opera di informazione della cittadinanza, spiegando le difficoltà che si

presenteranno nei prossimi mesi per cercare di saldare il debito di prestazioni con il passato. Bisognerà spiegare che chi prenota oggi prenoterà in reparti di chirurgia dove i posti letto sono stati ridotti per garantire il distanziamento e spiegare che, essendo la sicurezza del paziente al centro della nostra attenzione, anche le visite ambulatoriali verranno scaglionate su tempi più lunghi per garantire il distanziamento e ed i tempi necessari alla sanificazione dei locali. Sarà arduo cercare di recuperare 500.000 prestazioni nella nostra Regione con una popolazione di medici ospedalieri che escono stremati da un anno e mezzo di pandemia, nel corso del quale si sono prodigati oltre ogni limite, spesso al di fuori dei rispettivi campi di competenza.

Non dobbiamo poi dimenticare che molti di loro hanno lasciato l'ospedale, chi per andare in pensione, magari anticipando la quiescenza dal lavoro, mentre altri hanno preferito lasciare il Pubblico per il Privato. Tutto ciò ha aggravato la già cronica carenza di medici, mentre

quelli che sono rimasti appartengono a un esercito stanco e debilitato, oltre che numericamente ridotto.

A questi medici non potrà essere richiesto di eseguire le visite di sera o nei giorni festivi (tentativo già mal riuscito in passato), ma dovranno essere trovate forme di gratificazione professionale ed economica che giustifichino il loro sforzo. Ma prima ancora dovrà essere fatto uno sforzo economico per assumere medici in grado di fornire quelle prestazioni necessarie per limitare i danni collaterali della pandemia.

I rappresentanti degli Ordini, insieme ai referenti delle commissioni ospedale-territorio, che hanno già iniziato a confrontarsi con le direzioni sanitarie delle Aziende Sanitarie per trovare soluzioni condivise, sono pronti a svolgere un ruolo attivo in un confronto franco e costruttivo con i vertici della Sanità Regionale, nell'interesse dei Medici e della Cittadinanza.

CARLO RUGIU

SERVIZI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI VERONA

OFFERTI AGLI ISCRITTI

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

CONSULENZA LEGALE (Avv. Donatella GOBBI)

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

CONSULENZA MEDICO LEGALE (Dott.ssa Federica BORTOLOTTI)

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

CONSULENTE FISCALE (Dott.ssa Graziella MANICARDI)

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

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

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

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

Comunicato stampa Elezioni FNOMCeO

Verona, 30 marzo 2021

Elezioni FNOMCeO: Elena Boscagin, presidente degli Odontoiatri veronesi, eletta nella Commissione Nazionale per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri, l'organo di rappresentanza degli oltre 63 mila dentisti italiani

Si sono concluse le elezioni per il rinnovo delle cariche istituzionali della FNOMCeO (Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri) e la dottoressa Elena Boscagin, presidente dell'Albo Odontoiatri dell'Ordine dei Medici di Verona, è stata eletta all'interno della Commissione nazionale per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri, l'organo di rappresentanza degli oltre 63 mila dentisti italiani.

La dottoressa Boscagin è scesa in campo con la lista «Insieme» presentata dal presidente uscente della Commissione nazionale, Raffaele landolo, che ha ottenuto una netta

vittoria. È l'unica donna tra i presidenti CAO provinciali nominati all'interno della Commissione, che conta in tutto nove membri. Il suo mandato durerà quattro anni, fino a tutto il 2024.

«Sono onorata di essere entrata a far parte della Commissione nazionale», afferma a margine delle elezioni del 27, 28 e 29 marzo, le prime a svolgersi con voto elettronico in presenza e telematico a distanza, il che ha permesso di conoscere subito i risultati. «Inizierò a lavorare immediatamente, affiancata dai miei compagni di squadra, per affrontare le sfide che ci attendono nel prossimo futuro». La più imminente delle quali, ricorda, «riguarda la campagna di vaccinazioni anti Covid, per la quale anche gli Odontoiatri italiani daranno il loro contributo, in accordo con il Ministero della Salute e le organizzazioni sindacali, con modalità ancora da stabilire».

Il presidente dell'Ordine dei Medici di Verona, Carlo Rugiu, ha espresso alla dottoressa Boscagin le congratulazio-



ni per il brillante risultato elettorale ottenuto e un augurio di buon lavoro anche a nome del Consiglio dell'Ordine.

Il comitato di redazione di Verona Medica si associa agli auguri di buon lavoro.

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)

Verbali del Consiglio e delle Commissioni

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 2 FEBBRAIO 2021

Consiglieri presenti: Rugiu, Cordioli, Pastori, Tomezzoli, Orcalli, Guglielmi, Carrara, Facincani, Musso, Elio, Accordini, Boscagin, Bellamoli, Bertaso, Formentini, Gobbi, Luciano.

Revisori dei Conti: Braga, Cirillo, Barbetta.

Partecipano alla riunione del Consiglio: la funzionaria amministrativa Maffioli.

1) LETTURA E APPROVAZIONE VERBALI PRECEDENTI:

Il verbale precedente viene approvato all'unanimità.

2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

Il presidente nella prima seduta di consiglio porge il benvenuto ai nuovi consiglieri.

L'intero Consiglio osserva, su invito del Presidente, un minuto di raccoglimento come rispettoso saluto a Paolo Cerioni, che ci ha lasciato recentemente.

Il Presidente Prosegue riferendo riguardo al problema vaccinazione anti COVID per i medici non ancora vaccinati, compreso i libero-professionisti, spiegando di aver preso iniziative in collaborazione con gli altri Ordini, contattando l'assessore Lazzarin, ed anche singolarmente, allo stesso modo degli Ordini con maggior quantità di Iscritti, ovvero Padova e Vene-

zia, prendendo accordi direttamente con il dipartimento di Sanità Pubblica dell'ULSS 9 Scaligera, nella persona del Dott. Salvatore Falcone; quest'ultimo ha richiesto di raccogliere fino al 6 febbraio, in un unico file tutti i nominativi dei medici che richiedessero la vaccinazione, inviandolo poi all'ULSS 9 Scaligera. Si sottolinea che vi sono già numerose adesioni tra i medici chirurghi, sono state raccolte le adesioni dei liberi professionisti e pensionati, mentre la dott.ssa Boscagin, Presidente commissione CAO, ha raccolto le adesioni dei professionisti iscritti all'Albo Odontoiatri. Il Presidente ha chiesto alla dott.ssa Lanzarin una direttiva in merito. Il presidente continua annunciando l'arrivo presso la sede dell'Ordine di una richiesta di contributo economico da parte dell'associazione GIMBE, nell'ambito della propria attività; la proposta del Direttivo è quella dare un contributo di € 500.00 (cinquecento). Sottoposta la proposta al Consiglio, il Consiglio approva, richiedendo di censire dagli altri ordini l'entità dell'importo erogato.

Il Presidente annuncia al Consiglio che la dipendente Barbara Iole Ficca, ha vinto un concorso al quale ha deciso di rispondere affermativamente. Ella ha quindi presentato le sue dimissioni; l'ultimo giorno di lavoro sarà il 10 febbraio 2021. In considerazione che è prevista la prossima assenza per gravidanza della la sig.ra Alessandra Pasqualotto, Il Presidente ed il Direttivo chiedono al Consiglio che da parte del tesoriere e del segretario nelle prossime settimane si possa attingere alla graduatoria attiva per l'assunzione di una persona.

Avendo l'Ordine ricevuto da parte della Camera di Commercio di Verona la richiesta di un nominativo, per far parte del comitato per la promozione dell'imprenditoria femminile in libera professione, per il triennio 21-23, il Presidente chiede la disponibilità alla dott.ssa Elena Boscagin, che accetta dopo approvazione all'unanimità da parte del consiglio.

Il dott. Rugiu annuncia prossima costituzione delle commissioni ordinistiche e dei loro referenti ricordando quanto esse siano un punto cardine per l'attività dell'Ordine.

Si propongono spunti di riflessione

Il dott. Accordini potrebbe continuare a seguire la razionalizzazione della spesa ordinistica:

Il dott. Orcalli potrebbe proseguire il precedente lavoro nelle commissioni per lo sviluppo professionale e cultura Luciano Vettore e la commissione ospedale territorio; Il dott. Elio potrebbe occuparsi della commissione medicine complementari ed il dott. Giorgio Carrara della commissione libera professione; sarebbe utile che il dott. Facincani continuasse ad occuparsi di iscrizioni e cancellazioni, oltretutto della commissione di pubblicità sanitaria affiancato dal dott. Umberto Luciano. Al dott. Pasquale Cirillo potrebbe essere affidata la prosecuzione dell'attività nella commissione salute e ambiente, e potrebbe iniziare il coordinamento della commissione giovani medici neo laureati, di cui potrebbero far parte anche la dott.ssa Formentini, il dott. Luciano e il dott. Barbetta. Il prof. Guglielmi come sempre ha dato la disponibilità a fare da riferimento e coordinamento con l'Università. Si proporrà una nuova commissione dedicata al rapporto medicina del territorio ed Università di Verona, in essa i medici di medicina generale avranno il compito di interfacciarsi con l'Università di Verona, e potrebbe essere coordinata dalla dott.ssa Pastori, affiancata dal Dott. Del Zotti e dal dott. Rigon.

Il presidente prosegue che il comitato di Bioetica sarà coordinato dal dott. Bonadonna, per continuità rispetto agli ultimi due anni. Il Consiglio ha ricevuto la relazione dell'attività finora svolta. Si preannuncia che bisognerà riflettere riguardo composizione del comitato che al momento vede la componente medica poco rappresentata; Il presidente chiede ai componenti del consiglio se qualcuno sia disponibile a farne parte; si ricorda che i past-president dott. Orcalli, dott. Carrara e dott. Alberton hanno stilato un nuovo vademecum (statuto del Comitato) da presentare al dott. Bonadonna. Una volta composte le commissioni saranno approvate e deliberate dal Consiglio.

Il presidente informa il consiglio che il bollettino di Vr.Medica, patrimonio dei medici veronesi, proseguirà la sua

attività sotto l'egida del responsabile, Dott. Mora, con la proposta di inserire eventualmente una newsletter, con l'eventuale coinvolgimento dell'addetta stampa dell'ordine Laura Perina; poiché il dott. Mora spesso si ritrova da solo a lavorare per il Bollettino Vr Medica, il Presidente chiede ai componenti del consiglio di parteciparvi con brevi contributi. Il consiglio approva.

Per quanto concerne la Federazione Regionale, il Presidente comunica che nel precedente mandato le procedure di insediamento si sono protratte fino a settembre nonostante ci sia uno statuto che prevede che venga eletto il presidente entro la prima decade del mese di febbraio dopo le elezioni dei Presidenti, Il presidente di Venezia ha proposto di prorogare l'attuale mandato. Il consiglio dà mandato al presidente di gestire la questione come ritiene più opportuno.

3) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI - CHIRURGI

Prima iscrizione:

Dott.ssa AVESANI Eleonora
Dott.ssa BANEGAS GUALLPA
Daniela Estefania
Dott.ssa CARLAN Giulia
Dott. MECCHI Gabriele

Prima iscrizione art. 102 del
D.L. n.18 del 17/03/2020:
Ratifica delibera n.9 del 29/12/2020

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. GASPARRE Giuseppe
da Omceo Rimini
Dott.ssa LA FAUCI Giovanna
da Omceo Messina
Dott. MAZZARINO Claudio
da Omceo Siracusa
Dott. PAGANO Giuseppe
da Omceo Messina
Dott. SILVAGNI Davide
da Omceo Vicenza

Cancellazioni per trasferimento:

Dott.ssa GIGLIA Maddalena
Vs Omceo Bologna
Dott. IMPUSINO Antonio
Vs Omceo Trieste
Dott.ssa SEPULVERES Rossana
Vs Omceo Bologna

Cancellazione su richiesta:

Dott. MERLI Giancarlo

Cancellazioni per decesso:

Dott. DE CRESCENZO Ferdinando
Dott. LORENZI Claudio
Dott. MANZINI Giuseppe
Dott.ssa ROMITO Daniela
Dott. SARDEI Gianfranco
Dott. TARALLO Leonardo

ODONTOIATRI

Prima iscrizione:

1570 Dott. BRAZZOLI Davide Giovanni
1571 Dott.ssa ZAREI Masoomah
Dott. ZUFFELLATO Nicolò

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

-Dott.ssa DENARO Bianca
da Omceo Siracusa
-Dott.ssa SCHIAVO Enrica
da Omceo Vicenza

Cancellazioni per trasferimento:

Dott. BURSI Paolo Vs Omceo Trento
Dott. LA MANTIA Daniele
Vs Omceo Trento
Dott.ssa MECO Eneida
Vs Omceo Trento
Dott. NIZZOLI Gianmarco
Vs Omceo Bergamo

Cancellazione su richiesta:

Dott. ROSSETTI Gilberto
Dott. SANNA Alberto

Cancellazioni per decesso:

Dott. DE CRESCENZO Ferdinando

approvate all'unanimità e delibera
presidenziale n 9 da ratificare,
Cancellazione per autotutela
trasferimento, il consiglio
prende atto ed approva

4) VARIE ED EVENTUALI

Il Segretario, la dott.ssa Tomezzoli, prospetta la necessità del rinnovo dei contratti di collaborazione, proponendo il rinnovo del contratto di collaborazione all'avv. Gobbi, tramite affidamento diretto, per la medesima cifra precedente (€ 15000 più le spese). Il consiglio approva all'unanimità. Si propone il rinnovo del contratto di collaborazione coordinata e continuativa all'addetta stampa Laura Perina; ad essa verrà richiesto un implementando di attività: interfaccia

con redazione dei media e dei giornali, collaborazione in Vr.Medica attraverso una newsletter periodica, manutenzione ed aggiornamento del sito web dall'OMCEOVR, il controllo della rassegna stampa, la gestione della pagina ufficiale FB dell'Ordine. Si richiederà inoltre la presenza un giorno la settimana presso la sede dell'ordine, per una maggiore opportunità di interscambio con il direttivo e la CAO. Si propone quindi un compenso di € 800 mensili. Il consiglio approva; astenuti Boscagin e Luciano.

Il tesoriere, la Dott.ssa Pastori, illustra al consiglio che in ottemperanza alla legge Lorenzin, il nuovo collegio dei revisori dei conti deve avere come presidente, un elemento esterno iscritto all'albo dei revisori; per tale motivo si è richiesta pubblicamente una manifestazione di interesse, per la quale sono arrivate n. 5 candidature. Il Direttivo, vagliando tutti i curricula, ha deciso di nominare presidente del collegio dei revisori la dott.ssa Roberta Ranalli, soprattutto data la sua esperienza nell'amministrazione pubblica. Il consiglio ratifica la nomina.

Il presidente chiede la parola per informare il consiglio che la nomina a RPCT (responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, del dott. Francesco Bovolin, avvenuta nel gennaio 2020, è scaduta in data 31/01/2021, in sua sostituzione il dott. Rugiu propone il Dott. Giorgio Accordini, il quale accetta dopo approvazione all'unanimità da parte del Consiglio.

Il tesoriere, la Dott.ssa Pastori, prosegue chiedendo al consiglio dell'Ordine di rinnovare per l'ultimo anno la nomina della commercialista dott.ssa Manicardi, la quale offre un servizio di consulenza ai neo iscritti, su appuntamento presso la sede dell'Ordine o via mail. La soddisfazione espressa dai neo abilitati rispetto all'operato della dott.ssa Manicardi è stata alta; per tale motivo si ripropone l'affidamento ad essa del servizio, per un corrispettivo di € 5000 (cinquemila), forfettario annuale. Il consiglio approva all'unanimità.

Alle ore 23.00 il consiglio in videoconferenza termina.

Il Segretario *Dott.ssa Anna Tomezzoli*
il Presidente *dott. Carlo Rugiu*

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 16 MARZO 2021

Consiglieri presenti: Ruggiu, Pastori, Cordioli, Tomezzoli, Accordini, Bellamoli, Bertaso, Boscagin, Carrara, Elio, Facincani, Formentini, Guglielmi, Gobbi, Luciano, Musso, Orcalli

Assenti giustificati: Barbetta.

Revisori dei Conti: Braga, Cirillo..

Discussione ordine del giorno:

1) PRESENTAZIONE AL CONSIGLIO DELLA DOTTORESSA RANALLI, recentemente nominata Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti, in ottemperanza alle disposizioni di legge. Il presidente introduce la presentazione della dottoressa Ranalli con una breve esposizione curriculare, esprimendo l'auspicio che la collaborazione sia proficua. La dottoressa Ranalli evidenzia la sua soddisfazione per l'incarico ricevuto, confermando l'impegno a svolgerlo nel migliore dei modi.

2) APPROVAZIONE VERBALE PRECEDENTE:

il consiglio avendo ricevuto il verbale della riunione precedente del giorno 2 febbraio 2021, approva all'unanimità. Il Segretario, la Dr.ssa Tomezzoli ricorda che tutti i componenti del consiglio possono segnalare puntualizzazioni e modifiche da inserire nel verbale prima che venga approvato.

3) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

3.1 La campagna vaccinale: la campagna vaccinale dei medici in libera professione e dei medici pensionati sta proseguendo a buon ritmo. In Regione Veneto si è recentemente concluso l'accordo con i MMG per le modalità economiche ed organizzative del loro coinvolgimento nella campagna vaccinale; in particolare i MMG probabilmente si occuperanno delle vaccinazioni a domicilio dei pazienti più anziani. Sempre in tema di vaccinazione, il Presidente informa circa l'iniziativa proposta dal Magnifico Rettore, prof. Nocini, affinché le diverse categorie e

corporazioni mediche offrano il loro contributo alla campagna vaccinale in particolare proponendo anche una diretta partecipazione dell'ordine dei medici di Verona attraverso la disponibilità dei membri del consiglio. Tale iniziativa verrebbe portata a termine in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata e l'ULSS 9 Scaligera delle quali sono già stati coinvolti i Direttori Generali. Il consiglio si rende disponibile, sottolineando l'importanza del segnale dato dall'ordine stesso, in ottemperanza al dovere deontologico di ogni medico di mettersi a disposizione della comunità in questa fase emergenziale.

3.2 Screening nei soggetti a rischio per neoplasia del pancreas: L'Ordine dei Medici di Verona ha ricevuto dal Dott. Paiella, afferente al gruppo del Prof. Bassi, una proposta di raccomandazione dell'associazione italiana per lo studio del pancreas, da inviare ai MMG per avviare uno screening nei soggetti a rischio per neoplasia del pancreas o altre condizioni patologiche note che possono favorire la neoplasia. Il consiglio approva con particolare imprimatur del prof. Guglielmi.

3.3 Manifestazione annuale UNIVERO, curata dall'Università degli studi di Verona: quest'anno prende il nome di " PILLOLE DI UNIVERO lo stato dell'Arte ". Gli organizzatori prevedono per la metà di aprile negli studi ATESIS un incontro cui parteciperanno anche il presidente dell'ordine degli avvocati e il presidente dell'ordine dei commercialisti per parlare del futuro della professione medica ed odontoiatrica. A questo proposito è stato richiesto all'ordine dei medici di segnalare il nome di un professionista che possa avere un buon richiamo mediatico in particolare televisivo per dare rilievo pubblico alla manifestazione. Il presidente chiede al consiglio una riflessione sul nome da proporre.

3.4 Rapporti di medicina del territorio e farmacisti: presso l'ordine dei medici vi è stato un incontro tra i rappresentanti FIMMG (Dott. Frapporti, Dott. Cordioli e Dott.ssa Pastori), il presidente dell' Ordine

dei Farmacisti (Dott. Realdon) e il presidente di Federfarma (Dott.ssa Vecchioni) per confrontarsi riguardo rapporti tra la medicina del territorio e i farmacisti e riguardo alle difficoltà legate alle prescrizioni informatiche, soprattutto per i farmaci non a carico del sistema sanitario nazionale. L'incontro è stato fattivo ed ha portato ad una linea comune.

3.5 DAT: il presidente annuncia la firma da parte del Direttore Sanitario dell'azienda ospedaliera universitaria di Verona e della ULSS 9 dell'elaborato sulle disposizioni anticipate di trattamento, prodotto nel corso dell'anno 2020 dalla commissione Luciano Vettore. Il documento sottoscritto dei due direttori sanitari verrà ampiamente divulgato all'interno delle due aziende. Il dott. Orcalli auspica che il documento venga diffuso a tutti i medici affinché siano aggiornati rispetto ai suoi contenuti. È in fase di organizzazione un prossimo incontro sotto l'egida dell'Ordine dei medici, tra direzioni sanitarie, comitati etici e conferenza dei Sindaci per illustrare meglio questo documento di comune interesse. Il consiglio approva.

3.6 Commissioni ordinistiche: il presidente invita i referenti delle commissioni ordinistiche ad inviare i nominativi dei colleghi che ritengono inserire o confermare all'interno delle commissioni stesse. Il dott. Orcalli comunica i nominativi per la commissione Vettore: si confermano Prof Pizzolo, prof Concia, dott. Valsecchi, dott. Moretto, dott. Pace, dott. Gangemi, dott. Cosaro. Nuovo inserimento è il dott. Bonifacio giovane ricercatore dell'Università. La commissione territorio ospedale è già composta da membri designati dall'ordine dei medici, dall'azienda ospedaliera, dall'ULSS9, dall'ospedalità privata e dalla medicina del territorio: i dottori Moretto, Valsecchi, Costa, Signorelli, Poppini, l'infermiere Zanetti, dott.ri Di Francesco, Cametti, Facincani, Brunelli, Bellamoli, Bertaso, Mirandola, Silvestre, Elio, Orcalli. Prossimi eventi formativi: 15 aprile ci sarà un convegno in webinar sui farmaci biologici, se-

guiranno altri tre convegni uno con il prof. De Leo e l'avv. Motta, e si svolgeranno il 20 maggio, il 3 giugno e il 17 giugno.

- 3.7 FnomCeo: Il presidente comunica che nella giornata del 6 marzo al consiglio FnomCeo in via telematica il dott. Anelli ha tenuto il suo discorso di chiusura del mandato in FnomCeo. Le nuove votazioni FnomCeo si svolgeranno il 29-30-31 marzo, sia in via telematica che in presenza. Per quanto riguarda la federazione regionale verrà proposta una modifica dello statuto che determini una diversificazione del peso del voto presso il consiglio sulla base della rappresentatività di ciascun ordine rispetto al numero di iscritti.

4) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI - CHIRURGI

Prima iscrizione:

Dott. DALL'O' Hermes Salvatore
Reiscrizione:
Dott. GROSSLERCHER Joahannes
Dott.ssa MAZZONCINI Elisa

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

Rettifica delibera Presidenziale n. 01 del 23/02/2021

Dott. BAGNANI Andrea
Dott.ssa CONTO' Elena
Dott.ssa FIORIO Veronica
Dott.ssa LOVATI Federica Margherita
Dott.ssa RIGHETTI Mariachiara
Dott. ROSSIGNOLI Riccardo
Dott.ssa UBALDI Annalisa
Dott.ssa ZANINI Costanza
Dott.ssa ZANONCELLO Francesca

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. ARESTA Alex da Omceo Savona
Dott.ssa CAMPAGNA Irene da Omceo Pordenone
Dott. DE ANGELIS
Michela da Omceo Roma
Dott. DIVIS Paolo da Omceo Trieste
Dott. FEDERICO Antonio da Omceo Salerno
Prof. FILICORI Marco da Omceo Bologna
Dott.ssa LONGO Rosada Omceo Catania
Dott. MARTINI Giorgio da Omceo Trento
Dott. TOTI Tullio da Omceo Milano

Dott.ssa VOLPI Beatrice da Omceo Firenze
Dott.ssa ZAGARESE Giorgia da Omceo Pisa
Dott.ssa ZUCCATO Arianna da Omceo Firenze

Cancellazioni per trasferimento:

Dott. DELFINO Andrea Vs Omceo Padova
Dott. MARCOCCI Alessandro Vs Omceo Bolzano
Dott.ssa SCHIRALDI Maria Emanuela Vs Omceo Bolzano
Dott. USSIA Alfonso vs Omceo Crotone
Dott.ssa ZARDINI Anita Vs Omceo Torino

Cancellazione su richiesta:

Dott. VANDIN Patrizio

Cancellazioni per decesso:

Dott. BASEVI Dario
Dott. DANDRIA Giuseppe
Dott. GHIRELLI Graziano
Dott. MASTELLA Giovanni Battista
Dott. MORGANTE Roberto
Dott. ROSSI Ernesto
Dott. TUZZA Nicola Stefano
Dott. VAONA Bruna
Prof. ZARDINI Pierino

ODONTOIATRI

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. NIZZOLI Gianmarco da Omceo Bergamo
Dott. TOTI Tullio da Omceo Milano
Dott.ssa ZANONI Daniela Francesca da Omceo Lodi

Cancellazioni per trasferimento:

Dott. MAGGIONI Simone Vs Omceo Lecce

Cancellazione su richiesta:

Dott. VANDIN Patrizio
ratifica determina presidenziale n.1 del 23/01/2021, il dottor Faccincani garantisce la verifica della regolarità

5) VARIE ED EVENTUALI

- 4.1 Aggiornamento lite tra I colleghi XX e YY: Il presidente ragguaglia il consiglio sull'andamento di una lite esposta all'ordine dei medici tra I colleghi XX e YY, della durata ormai di molti anni, evidenziando come in questo periodo di emergenza l'ordine dei medici sia riusci-

to ad avere una capacità di mediazione ricomponendo la lite senza proseguire le attività disciplinari.

- 4.2 Richiesta patrocinio: La dott.ssa Tomezzoli informa consiglio della richiesta di patrocinio del dott. Pugliarello per un corso triennale di agopuntura cinese. Il consiglio approva l'inserimento della locandina sul sito dell'ordine dei medici.

- 4.3 Modifiche dell'art 78 di deontologia medica: si segnalano le modifiche e gli indirizzi applicativi dell'articolo 78, riguardanti "la medicina digitale"

- 4.4 Componente emerito Commissione Bioetica: La dott.ssa Tomezzoli informa della richiesta del dott. Bonadonna che propone quale "componente emerito" della commissione di Bioetica il prof. Arnaldo Petterlini. Il consiglio approva all'unanimità.

- 4.5 Modifica orari segreteria: Durante l'applicazione della Zona Rossa quanto riguarda le restrizioni anti COVID, sono stati modificati gli orari dei dipendenti di segreteria, con chiusura al pomeriggio e accessi limitati solo su appuntamento.

- 4.6 Vaccinazioni su pazienti incapaci di intendere di volere: il presidente del Tribunale ha inviato un comunicato, chiedendo di darne la massima diffusione, sul consenso informato per la campagna vaccinale delle persone incapaci di intendere e volere. Il documento è accompagnato da una presentazione della Dott.ssa Bortolotti sull'applicazione della legge n.6 del 9 gennaio 2021 e verrà inviato a tutti gli iscritti.

- 4.7 Prende la parola la Presidente Commissione Odontoiatri Dott.ssa Boscagin la quale mette al corrente il consiglio che la campagna vaccinale degli odontoiatri si è quasi conclusa ed è iniziata quella del personale di studio. Ringrazia inoltre il direttivo che l'ha sostenuta in questa iniziativa. Comunica inoltre che i presidenti CAO del Veneto hanno scritto una lettera al governatore ZAIA per manifestare la loro disponibilità nella campagna vaccinale.

Approvate all'unanimità. Alle ore 23.00 termina la seduta di consiglio.

Il Tesoriere Dott.ssa Anna Tomezzoli
Il Presidente Dott. Carlo Rugi

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2021

Consiglieri presenti: Rugiu, Pastori, Tomezzoli, Cordioli, Orcalli, Bertaso, Musso, Facincani, Formentini, Gobbi, Bellamoli, Accordini, Elio, Guglielmi, Luciano.

Revisori dei Conti: Cirillo, Braga, Barbetta e Ranalli (la dott.ssa Ranalli presente solo per la prima parte).

Assenti giustificati: Boscagin, Carrara.

PRIMA PARTE

1) Relazione del tesoriere per approvazione bilancio consuntivo 2020.

Dopo i saluti il Presidente, Dott. Rugiu, lascia la parola alla tesoriera, dott.ssa Pastori, la quale illustra al consiglio le voci di bilancio consuntivo portate all'approvazione. La relazione viene tenuta, in presenza della Presidentessa del collegio dei revisori dei conti, Dr.ssa Ranalli

- 1.a) Delucidazioni rispetto alle variazioni/scostamento del bilancio preventivo 2020, avvenute successivamente alla sua prima approvazione. Riguardo ad alcune particolari categorie di spesa: per quanto riguarda le spese per l'informatica, la spesa effettiva è stata maggiore del quantificato nel preventivo. Non essendo state sostenute le spese previste per la realizzazione della Giornata del medico (sospesa per l'anno 2020), una quota parte delle spese previste è stata trasferita nella voce riguardante le spese da sostenere per l'adeguamento della sede, soprattutto per l'acquisto di mobili e per spese di rappresentanza. Il tesoriere chiede al consiglio di ratificare le modifiche avvenute in itinere del preventivo 2020, chiedendo inoltre l'approvazione per il 2021 delle spese necessarie al completamento del mobili della sede. Il consiglio approva all'unanimità.
- 1.b) Il tesoriere illustra al consiglio tutte le voci del bilancio consuntivo 2020 (in allegato al presente verbale). L'obiettivo che ci si pone adesso e per il futuro per una buona am-

ministrazione è il pareggio di bilancio, con concordanza tra le voci del preventivo e del consuntivo. La dott.ssa Ranalli che ha visionato le voci di bilancio suggerisce per il prossimo anno, al fine di aumentarne la trasparenza, di mettere in maggiore evidenza i residui delle quote non pagate negli anni precedenti. Il Presidente ed il consiglio ringraziano la dott.ssa Ranalli per la consulenza e per la disponibilità alla partecipazione a questa fase della riunione consiliare. La dott.ssa Ranalli lascia il consiglio

- 1.c) Il consiglio approva all'unanimità il bilancio consuntivo 2020.

2) Affidamento assicurativo

Il tesoriere comunica al consiglio la necessità del rinnovo dell'affidamento delle polizze assicurative infortuni in itinere per il direttivo, i consiglieri, per l'intero collegio dei revisori dei conti e per il medico legale; a tale scopo è stata richiesta manifestazione di interesse; sono pervenute n. 7 proposte/preventivi. La sig.ra Rosanna Maffioli, nella veste di RUP, ha chiesto un consulto con l'avvocato Gobbi finalizzato alla valutazione delle polizze assicurative che sono state quindi analizzate per i seguenti elementi: convenienza del premio associato alla valutazione dei massimali di copertura e franchigia. Sulla base di questi elementi la polizza proposta da Zurich, come illustrato anche dall'avvocato Gobbi, è risultata la migliore per la copertura delle spese mediche, il quantum della franchigia e l'entità dei rimborsi relativi. Il consiglio ratifica la determina da parte del RUP.

3) Assunzione nuova dipendente

Come già anticipato nel precedente consiglio, a seguito dalla carenza di due persone in Segreteria, una per soluzione del rapporto di lavoro ed un'altra, a partire da maggio, in aspettativa obbligatoria per gravidanza, la dott.ssa Pastori annuncia al consiglio la prossima assunzione, per manifesta necessità, di nuovo personale tempo pieno indeterminato.

Attingendo alla graduatoria ancora attiva, in modo progressivo, si è proceduto alla richiesta di disponibilità degli interessati, con l'individuazione della signora Iones Masiero, alla quale è stato fissato un colloquio nei prossimi gior-

ni, con la richiesta di prendere servizio con effetto immediato, a partire dal 17 maggio. Il periodo di prova è fissato per mesi tre.

SECONDA PARTE

1) Lettura ed approvazione del verbale precedente: il consiglio approva all'unanimità.

2) Comunicazioni del presidente

- 2.a) Esenzione dal pagamento alla FNOMCeO della quota di euro 23. Il presidente comunica di aver preparato in concerto con il dott. Accordini, una richiesta da inviare al presidente FNOMCeO dott. Anelli, a nome dell'OMCEOVR di esenzione dal pagamento alla FNOMCeO della quota di euro 23 per iscritto, versata dal nostro Ordine Provinciale anche e comunque per quella parte di medici, con più di 50 anni di laurea, esentati dal pagamento della quota di iscrizione all'Ordine. Nonostante questa richiesta sia stata già rifiutata altre volte dalla FNOMCeO, il consiglio approva l'invio della richiesta.
- 2.b) Nomina componenti commissioni Il presidente chiede al consiglio la ratificazione alla partecipazione della d.ssa Pastori e del dott. Bertaso, alla commissione "spending review", referente il dott. Accordini. Il consiglio approva.
- 2.c) Fondazione Arena, progetto 67 colonne. Per cercare di risolvere le sorti della fondazione Arena, in grave difficoltà economica a seguito della pandemia, vi è stata una cordata, promossa dalla Sig.ra Cecilia Gasdia ed alcuni suoi collaboratori, al fine di coinvolgere i diversi enti presenti sul territorio per raccogliere contributi economici, con versamenti, favoriti da agevolazioni fiscali, a sostegno della fondazione stessa. Sono stati quindi coinvolti molti Ordini professionali

Dopo una serie di accertamenti presso la FNOMCeO è emerso che l'OMCEOVR non può eseguire versamenti, considerati " erogazioni liberali", a nome degli iscritti. Al fine di favorirne la massima diffusione, il progetto verrà comunque inserito sul sito web dell'OMCEOVR. Il consiglio approva.

3) Varie

- 3.a) Il presidente informa il consiglio riguardo alla mancata partecipazione all'evento "PILLORE DI UNIVERO", in quanto una specifica sezione dedicata alle professioni sanitarie avverrà in seguito.
- 3.b) Il presidente prosegue informando il consiglio che il gruppo di lavoro "Territorio Ospedale Università", esterno all'OMCEOVR, coordinato dal dott. Girotto, MMG in quiescenza, gruppo al quale partecipa in qualità di nefrologo il dott. Rugiu, stesso e la Dott. Formentini in qualità di MMG, (si tratta di un gruppo della FIMMG in collaborazione con il gruppo Keiron), ha elaborato un documento di suggerimenti operativi e terapeutici per i pazienti affetti da COVID 19 trattati nel territorio. Pur essendo il documento redatto senza patrocinio dell'OMCEOVR, il consiglio ha deciso di inserirlo nel sito OMCEOVR. Il consiglio approva, con un voto contrario.
- 3.c) Il presidente riferisce che le vaccinazioni nell'ULSS9 Scaligera stanno procedendo, anche con il coinvolgimento attivo dell'OMCEOVR e con l'organizzazione di Vax-day specifici. La Fondazione CARIVERONA sponsorizzerebbe la creazione di un centro vaccinale in collaborazione con ULSS9, Ordine dei medici e degli Infermieri. Sono prossimi degli incontri esplorativi.
- 3.d) Interviene il dott. Cordioli, il quale dopo essere stato presente al punto vaccinale di Isola Della Scala in rappresentanza dell'Ordine, ribadisce l'impegno sul campo dei MMG sia nei centri vaccinali sia per quanto riguarda l'adesione altissima all'invito dell'ULSS9, sostenuta dalle sigle sindacali e dall'Ordine di Medici, alla vaccinazione a domicilio dei propri pazienti fragili. Il dott. Girardi, DG della ULSS9, si è congratulato con tutti ed ha ringraziato l'Ordine per la fattiva collaborazione.
- 3.e) La dott.ssa Tomezzoli riferisce al consiglio riguardo alla sua partecipazione quale rappresentante eletto e come delegato del Presidente Rugiu, all'Assemblea Nazionale dell'ENPAM, ricordando l'intervento del Presidente FNOMCeO Anelli sul diritto alla vita ed alla salute. Il Dott. Olivetti ha relazionato su alcune

attività dell'Enpam, in particolare la novità della possibile di iscrizione per gli studenti di medicina del quinto e sesto anno, i bandi per mutui ipotecari per gli iscritti di età inferiore ai 40 anni per l'acquisto di prima casa e studio professionale; il resto dell'assemblea è stata incentrata sull'approvazione del bilancio 2020, un bilancio in positivo.

- 3.f) Si ricorda a tutti i professionisti l'obbligo legale di possedere una casella PEC e di comunicazione al proprio Ordine di appartenenza, con conseguenti eventuali sanzioni da parte dell'Ordine in caso di inadempimento. Sono passibili di sanzioni gli Ordini stessi che non abbiano invitato e sollecitato gli iscritti a questo adempimento di legge. L'OMCEOVR ha inviato alla FNOMCeO una richiesta di deroga per gli iscritti anziani, privi di conoscenze informatiche per esonerarli dall'obbligo di PEC. Per produrre un maggiore impatto, la richiesta andrebbe inviata dalla Federazione Regionale. Il consiglio approva.
- 3.g) Il dott. Luciano chiede quali indicazioni dare ai colleghi che chiedono come regolare il rapporto di lavoro dei collaboratori degli studi privati privi, per propria volontà, di vaccinazione anti Covid. L'avvocato Gobbi suggerisce di elaborare un quadro regolatorio comune, tenendo conto che i prestatori d'opera non vaccinati non possiedono una parte dei requisiti necessari alle regole di Sicurezza per se stessi e che possono rappresentare un pericolo per il paziente.
- 3.h) Il dott. Accordini chiede di discutere al prossimo consiglio le regole sulla mora da applicare agli iscritti in ritardo con il pagamento delle quote.

4) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

Ratifica della determina n. 2 approvata all'unanimità.

MEDICI - CHIRURGHI

Prima iscrizione:

Prima iscrizione art. 102 del D.L. n.18 del 17/03/2020:
Dott. CARLINI Luca
Dott. LUI Matteo
Ratifica delibera Presidenziale n. 02 del 31/03/2021

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott.ssa AGUSHI RINA
da Omceo Bologna
Dott.ssa BARBIERI Laura
da Omceo Milano
Dott. CAMOBRECO Domenico
da Omceo Massa Carrara
Dott.ssa MAGNI Francesca
da Omceo Milano
Dott.ssa MASSIGNANI Marta
Da Omceo Vicenza
Dott.ssa SHUTYAK ANZHELA
da Omceo Napoli

Cancellazioni per trasferimento:

Dott.ssa CAMPLANI Niccolotta
Vs Omceo Vicenza
Dott. CHRISTODOULIDIS Avraam
Vs Omceo Trento
Dott. FORLIVESI Stefano
Vs Omceo Bologna
Dott. PORRETTO Vincenzo
Vs Omceo Trento

Cancellazione su richiesta:

Dott. BAWAB Ibrahim
Dott.ssa HULEA Gabriela
Dott.ssa STEFANI Ambra
Dott. VAONA Leopoldo

Cancellazioni per decesso:

Dott. BONFANTE Gianfranco
Dott.ssa FARRONATO Caterina
Dott. MAGAGNOTTO Sandro
Dott. ZAMBONI Maurizio

ODONTOIATRI

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott.ssa CUCURULLO Rosa
da Omceo Agrigento

Cancellazioni per trasferimento:

Dott.ssa GOBBI Elisabetta
Cancellazione su richiesta:
Dott.ssa FERRARESI Maria Cristina

Cancellazioni per decesso:

Dott. ZAMBONI Maurizio
Approvate all'unanimità.

- 3.i) Il presidente conclude ricordando che la CAM dell'11 maggio è spostata al 18 maggio e la successiva al 25 maggio
Il consiglio termina alle ore 23.30

Il Segretario *Dott.ssa Anna Tomezzoli*
Il Presidente *Dott. Carlo Rugiu*

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 24 FEBBRAIO 2020

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

Lettura ed approvazione verbale precedente: il verbale della seduta precedente viene approvato all'unanimità. Viene approvato anche il verbale tenutosi a dicembre per la suddivisione delle cariche di Presidente, Vice-presidente e Segretario.

Comunicazioni del Presidente:

Il Presidente riferisce che il dott. landolo ha inviato a tutti presidenti CAO, la nota trasmessa al Presidente dell'istituto superiore di sanità, nella quale viene fatto rilevare che sono stati estromessi gli odontoiatri dal corso FAD "campagna vaccinale Covid-19: la somministrazione in sicurezza del vaccino anti SARS-CoV-2/Covid-19", organizzato da EDUISS (formazione a distanza dell'istituto superiore di sanità), probabilmente per una mera dimenticanza. Nella lettera chiede al dr. Silvio Brusaferrò, di adoperarsi per risolvere questa anomalia.

Relazioni istruttorie:

- **Dott. QQ:** viene ripercorso il caso e viene data lettura del verbale di audizione e della memoria inviata dal Mazzocco. Le asserzioni fatte dal collega sono state quindi confrontate con quelle del dott. Chierico sentito a colloquio immediatamente dopo.
- **Dott. WW:** viene data lettura del verbale di audizione. Il confronto clinico e temporale dei dati raccolti non evidenzia malafede da parte dei due colleghi convocati.

La CAO delibera quindi il non luogo a procedere per il dr. QQ e per il dr. WW

- **Dott. YY:** viene ripercorso il caso e viene data lettura del verbale di audizione. Dopo ampia discussione e dopo un'attenta visione del carteggio relativo la CAO delibera il non luogo a procedere.
- **Dott.ssa HH:** Viene preso in esame il lungo e complesso caso. Essendo rappresentati fattori linguistico/culturali assai difficili da chiarire, si decidono dei necessari approfondimenti legali e ulteriori colloqui che permettano di giungere a una giusta decisione nei confronti delle responsabilità della collega.
- **Dott. JJ:** Viene ripercorso il caso relativo al sanitario (pubblicità su scontrino del supermercato e direzione sanitaria competente). Viene data lettura del verbale di audizione. Si attendono nuovi sviluppi del caso e documentazione di quanto in corso di colloquio promesso dal dott. J

Procedimenti disciplinari

Viene poi decisa l'apertura di un procedimento disciplinare e, invece, l'archiviazione di un altro caso.

Il Segretario dott. *Umberto Luciano*
Il Presidente dott.ssa *Elena Boscagin*

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 16 MARZO 2021

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

Lettura e approvazione del verbale precedente Verbale della CAO precedente (24/03/2021) approvato con modifiche.

Comunicazioni del presidente

Viene data lettura del comunicato FNOMCEO a firma del presidente

CAO nazionale Raffaele landolo, riguardante la abilitazione della laurea in Odontoiatria e protesi dentaria, impegnato a livello governativo affinché tale Laurea venga al più presto riconosciuta come Laurea abilitante. Viene poi letta comunicazione FNOMCEO sempre a firma del presidente CAO nazionale, che informa che al 6 anno del Corso di Laurea di Odontoiatria e Protesi Dentaria è stato istituito, a livello nazionale, un insegnamento dal titolo "Avvio alla Professione". La documentazione necessaria, con gli argomenti da trattarsi, è fornita direttamente dalla FNOMCEO e potrà essere scaricata direttamente attraverso il link allegato. Invita a dare attuazione a tale insegnamento già dall'anno accademico 2020/2021.

Viene data lettura della comunicazione FNOMCEO da parte del presidente CAO nazionale Raffaele landolo e del Presidente Filippo Anelli riguardante la possibilità di Iscrizione, da parte di un doppio iscritto, a albi differenti di differenti provincie, a seconda di quale sia la provincia nella quale viene esercitata una branca medica o l'odontoiatria.

Viene data lettura della comunicazione FNOMCEO del presidente CAO nazionale Raffaele landolo che, indipendentemente da numero anche ridotto dei professionisti presenti, garantisce il diritto di partecipazione di tutti i presidenti CAO alla elezione della CAO NAZIONALE.

Relazioni istruttorie

Viene preso in esame un caso che richiederà l'invito a colloquio dei D.S. di quattro strutture odontoiatriche.

Alle ore 19.00 Viene dichiarata chiusa la seduta.

Il Segretario dott. *Umberto Luciano*
Il Presidente dott.ssa *Elena Boscagin*

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 27 APRILE 2021

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

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

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

1. Il Presidente informa di aver ricevuto una segnalazione dal presidente CAO di Padova relativa a due nostri iscritti. La segnalazione di merito riguarda una pubblicità sanitaria divulgata a mezzo social. In detta pubblicità si fa riferimento a brand commerciali. Si decide di scrivere ai colleghi per esortarli a rimuovere la parte

pubblicitaria non consentita dalla normativa vigente.

2. Il Presidente informa di aver ricevuto una richiesta da parte del dott. XX sulla possibilità di utilizzare dei messaggi pubblicitari a mezzo volantini all'interno di un supermercato. Non ritenendo la CAO decorosa la distribuzione di volantini, seppur contenenti corrette informazioni sanitarie, viene deciso di comunicarlo al sanitario.
3. Il Presidente relaziona i presenti sulla prima riunione CAO nazionale tenutasi lo scorso 16 Aprile.
4. Il Presidente informa di aver ricevuto una richiesta dal dott. CC il quale pone alcuni quesiti circa la copertura assicurativa in qualità di medico vaccinatore. Viene data lettura della risposta inviata a collega.
5. Il Presidente da lettura di una lettera pervenuta dal dott. SS il quale pone dei quesiti inerenti all'obbligo vaccinale. Viene data lettura della

risposta inviata al sanitario.

Vengono poi esaminati tre casi di istruttorie relativi a Colleghi, che necessitano di approfondimenti prima di assumere decisioni.

Infine si ripercorre il caso di un procedimento disciplinare prossimo al suo svolgimento.

La CAO prende infine visione delle richieste dei Colleghi che chiedono chiarimenti istituzionali sul comportamento da tenersi nei confronti di collaboratori di cui ignorano lo stato vaccinale.

Viene concordato di stilare una lettera univoca per rispondere a tutte le richieste pervenute e che perverranno a riguardo.

Alle ore 19.15 si dichiara chiusa la seduta.

Il Segretario dott. Umberto Luciano
Il Presidente dott.ssa Elena Boscagin

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

Suggerimenti operativi e terapeutici per pazienti affetti da Covid-19 trattati nel territorio

**Documento di Consenso a cura del Gruppo di Lavoro Territorio/Università/Ospedale - 3.0 (5 Aprile 2021)
Promosso dal Centro Studi di Medicina Generale FIMMG Verona e KEIRON As.Me.G. Veneto**

A CURA DI CLAUDIO ANDREOLI^{1A}, MARIO BARUCHELLO^{1B}, GIANSTEFANO BLENGIO², ATTILIO BONER^{3A}, VITO BOSSONE^{1C}, FRANCO BRESSAN⁴, MARA CABRIOLU^{1A}, ALESSANDRO CALDERAN^{1D}, FRANCESCO CAVASIN^{1E}, GIAMPIETRO CHIAMENTI^{3B}, ERCOLE CONCIA⁵, ELISA COSARO^{1A}, GIANNI DAL CORTIVO^{1A}, ELISA DALLA BENETTA^{1A}, UMBERTO DE CONTO^{1E}, GABRIELE DI CESARE^{1A}, GUGLIELMO FRAPPORTI^{1A}, MARIATERESA GALLEA^{1C}, GRAZIANO GHIRELLI^{1A+}, DAVIDE GIBELLINI⁶, SANDRO GIROTTI^{1A}, GIO BATTÀ GOTTARDI^{1B}, STEFANO IVIS^{1C}, ALESSANDRO LESO^{1A}, ALESSANDRO MASOTTI^{1A}, CLAUDIO MICHELETTI^{7B}, GIANLUIGI PASSERINI^{1F}, GIOVANNI PASSERINI^{1F}, ROBERTO MORA^{1A}, GIULIO RIGON^{1A}, CARLO RUGIU⁸, DIEGO SABBIO^{1G}, RENZO SOAVE^{1A}, GIANENRICO SENNA⁹, CLAUDIO SOVRANI^{1A}, GIAMPIETRO STEFANI^{1H}, MASSIMO VALSECCHI², MARCO VISCONTI^{1I}, SONIA ZENARI^{1A}

¹ MMG, a Verona, b Bassano, c Padova, d Venezia, e Treviso, f Sondrio, g Alessandria, h Vicenza, i Crema, ² Epidemiologo, Verona, ³ Pediatra, a Università di Verona, b Pediatra LS Verona, ⁴ Statistico, Università di Verona, ⁵ Infettivologo, Università di Verona, ⁶ Virologo, Università di Verona, ⁷ Pneumologo, a Ospedale di Peschiera (VR), b Ospedale di Verona, ⁸ Nefrologo, Ospedale di Legnago (VR), ⁹ Allergologo, Ospedale - Università di Verona

+ In Memoriam di Graziano Ghirelli, che ci ha lasciato nel Gennaio 2021

Premessa

A distanza di un anno dall'emergere della pandemia da Coronavirus SARS2-CoV-19 ci sono ancora poche evidenze che permettano di costruire linee guida basate su solide raccomandazioni da parte delle autorità scientifiche in tema di terapia utilizzabile nel territorio contro la malattia da coronavirus¹⁻⁵. Distanziamento, mascherine e igienizzazione sono ormai una regola e si sono dimostrate efficaci nel contrastare la diffusione del virus, l'affinamento e la disponibilità di nuovi test hanno semplificato il percorso diagnostico, ma restano incerte le procedure di assistenza durante le prime fasi della malattia da Covid-19. In ogni caso il medico di famiglia ha il dovere, basandosi sulla propria esperienza e sulla personale cultura fisiopatologica⁶, di dare una risposta assistenziale e terapeutica al paziente, orientandosi tra le parziali e frammentarie risultanze di studi clinici pubblicati negli ultimi 12 mesi. Dall'integrazione delle competenze dei medici di famiglia e dei colleghi

specialisti (infettivologi, virologi, pneumologi, internisti, etc.), sviluppata attraverso una trentina di seminari durante gli ultimi 12 mesi, nasce la versione 3.0 di questo "Documento di Consenso" aggiornato, che proponiamo ai colleghi impegnati nell'assistenza sul territorio. Come in tutte le malattie virali, e in particolare nel caso di Covid-19, vista la patogenesi e il comportamento clinico della malattia, è importante che gli interventi terapeutici seguano step by step quelli della evoluzione o inaggravazione clinica.

Fisiopatologia della malattia da SARS-CoV-2

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

gusto e dispnea, spesso poco avvertita dal paziente.

Non esistono segni patognomici o corredi sintomatologici tipici e non conosciamo bene quale sia la prevalenza dei pazienti asintomatici, anche se alcuni dati, per esempio quelli derivati dallo studio di popolazione effettuato a Vo' Euganeo (Vedi capitolo 1.1 Il settimo sigillo pandemico¹), suggeriscono che gli asintomatici allora erano il 42,5% degli affetti dal coronavirus⁷. I dati invece ricavati da "Epicentro coronavirus"⁸ (vedi figura 1), riferiti all'Italia e considerando la popolazione suddivisa per fasce di età, mostrano che a *Giugno 2020* gli asintomatici variavano dal 56 al 60%, mentre i paucisintomatici variavano da 8% a 2% decrescendo nelle fasce di età più avanzate. Queste due categorie insieme ad *Agosto 2020* giungono fino al 78% per la prima fascia di età, per ridursi al 53% nell'ultima. A dicembre troviamo valori più ridotti ma più omogenei, dal 69% per la prima fascia al 55% per l'ultima con riduzioni progressive. Infine, a *Marzo*

¹ In Covid-19: da una nuova malattia l'occasione per una nuova medicina. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2020.

2021 chi ha una malattia lieve si attesta attorno al 28% (salvo che per la prima classe dove raggiunge il 20%), mentre gli ammalati gravi, inesistenti per le prime due classi, risultano il 4%, l'8% ed il 10% nelle successive.

Il tasso di letalità in Italia, cumulato da inizio epidemia ad oggi (01.04.21) è al 3,05% con variazioni marcate da Regione e Regione, mentre quello mondiale è al 2,18%, secondo i dati della JHU⁹. Per confronto, il tasso di letalità in Italia per influenza nel 2019-2020 è stato dello 0,16%. Ricordiamo inoltre che il tasso di letalità è dato dal rapporto dei decessi sui casi totali, mentre il tasso di mortalità è dato dal rapporto dei decessi sull'intera popolazione.

Vedasi nella Figura 1 (Appendice) la percentuale di casi di Covid-19 diagnosticati in Italia per stato clinico al momento della diagnosi, per classe d'età e settimana di diagnosi.

La malattia da coronavirus, oltre la forma asintomatica, può evolvere secondo 3 fasi sequenziali di gravità:

1. Una prima fase collegata alla replicazione virale che esplode dopo il periodo di incubazione; caratterizzata da sintomatologia simil-influenzale (ILI, Influenza like illness) con febbre, tosse e malessere generale. Come detto, nella maggior parte dei casi il decorso è assolutamente benigno e si conclude in circa cinque giorni dall'esordio, con residua discreta, ma spesso prolungata astenia.
2. La malattia può poi progredire verso una seconda fase, spesso preceduta da uno o due giorni di apparente benessere, e caratterizzata dall'interessamento polmonare massivo con un quadro di polmonite interstiziale, ipossiemia e dispnea inavvertita dal paziente. Tale fase ha anch'essa durata di quattro-cinque giorni e richiede sorveglianza intensificata perché l'evoluzione verso il peggioramento può essere rapidissima; in poche ore il paziente diventa francamente dispnoico con grave desaturazione ematica. L'esperienza di questi 12 mesi conferma che il periodo di maggior criticità è tra l'ottava e la decima giornata dall'esordio.
3. Come detto, in circa il 5% degli

affetti si può instaurare un grave quadro di insufficienza respiratoria, determinata dai processi di iperinflamazione, che necessita di ricovero in terapia intensiva. L'exitus avviene in genere per insufficienza respiratoria acuta (ARDS, Acute Respiratory Distress Syndrome) o coagulazione intravascolare disseminata (CID).

Modelli clinici

Le affezioni maggiormente associate ai casi gravi sono: età (specie superiore a 70 anni), Scompenso Cardiaco, Diabete Mellito, Insufficienza Renale Cronica e Obesità. Le patologie polmonari (Asma e BPCO) non sembrano correlate a maggiore gravità di malattia. La malattia da Covid-19 presenta alcuni elementi particolari anche se non esclusivi:

- La dispnea a riposo poco avvertita specie dai giovani e dagli adulti ed evocabile solo con esercizi da sforzo (es. *Walking test*, o test di salita di un piano di scale, che può evidenziare una desaturazione significativa in soggetti con normo o minima desaturazione a riposo).
- L'infiammazione polmonare interstiziale, con edema evidenziabile all'ecografia toracica e classificazione nei tipi "wet" (umido) e "dry" (secco) delle immagini ultrasoniche.
- Il coinvolgimento vascolare con quadri di micro-trombosi dei vasi polmonari, particolarmente evidente negli anziani probabilmente per la presenza di altre patologie (Malattie Cardiovascolari 30%, Ipertensione 30%, Diabete Mellito 20%, Malattie Respiratorie Croniche 8%, Patologie Oncologiche 6%) e per la maggiore riduzione della mobilità in corso di malattia.
- La "tempesta" infiammatoria con l'attivazione dei molti processi di reazione, in particolare la cascata delle citochine, che giustifica l'impiego di farmaci antiinfiammatori, in particolare del cortisone.
- La possibile prolungata persistenza di alcuni quadri clinici, "multiorgano", che si inizia a definire come un vero e proprio quadro nosologico ("*Long Covid Syndrome*"). In mancanza di nuove definizioni nosologiche ufficiali si può

definire *malattia da coronavirus Covid-19 post-acuta*¹⁰ una condizione patologica che si estende dall'inizio della malattia e va oltre le 3 settimane, mentre si definisce *malattia "long covid"* quando questa condizione si protrae oltre le 12 settimane dall'inizio della malattia. I sintomi sono molto variabili: più frequenti sono tosse, febbre, astenia, alitanti. Meno frequenti lieve dispnea, toracoalgie, cefalea, difficoltà neurocognitive, rash cutanei, controllo instabile nel paziente diabetico, mialgie, stanchezza e tendenza al tromboembolismo. Utili i seguenti esami biochimici: Emocromo, PCR, Ferritina, Troponina e D-Dimero, Ormone Na. Più eventuali esami radiologici e visite specialistiche.

Assistenza domiciliare al paziente Covid positivo

In caso di sintomatologia febbrile e respiratoria il MMG dovrebbe valutare il paziente per il primo inquadramento clinico attraverso una visita iniziale possibilmente in presenza. Solo in questo modo ogni successivo step (anche telefonico) può essere mirato/ adeguato allo "specifico paziente" e al preciso quadro clinico.

a) Paziente asintomatico

1. Rammentare le misure igieniche da adottare e mantenere;
2. Redazione del diario personale di rilevazione della temperatura e della sintomatologia eventualmente subentrante;
3. Indicazione degli elementi d'allarme da comunicare al curante.

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

1. Le tre istruzioni dell'asintomatico, più...
2. Visita medica eseguita dal curante o da un collega delle USCA in contatto con il curante;
3. Contatto quotidiano (telefonico o telematico) per registrazione della temperatura, valutazione della dispnea e del livello di saturazione d'ossigeno (utili i saturimetri, oggi facilmente reperibili nelle farmacie e nelle sanitarie). Per il monitoraggio vedi la scheda in Appendice;

4. Aumento dell'attenzione in 4^a e 5^a e 8^a-10^a giornata.

c) Paziente sintomatico fragile o con comorbidità:

1. Le istruzioni del punto b, più...
2. Rilevazione quotidiana del MEWS (*Modified Early Warning Score*, vedi Appendice) con intensificazione del monitoraggio per valori fino a 4 e ricovero se > 6, sempre con informazioni per i colleghi;
3. Monitoraggio della saturazione d'ossigeno (se il paziente non possiede un saturimetro si può supplire con il Test di Roth, vedi Appendice);
4. Aggiustamento della terapia ordinaria;
5. Modifica terapeutica dopo 3-4 giorni di sintomatologia (vedi Strategie Terapeutiche Farmacologiche su Base Empirica);
6. Esecuzione, laddove possibile, di accertamento diagnostico di laboratorio da eseguire dopo 5 giorni dall'inizio dei sintomi (Emocromo, PCR, Ionemia, Creatininemia, ALT, LDH, D-dimero¹¹ tramite le USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale), o i Servizi Distrettuali Domiciliari. Per la PCR vedi indicazioni nel BOX n.1
7. Consulto infettivologico/pneumologico per intensificazione o ossigenoterapia (vedi più avanti).

Strategie terapeutiche farmacologiche su base empirica (vedi Tabella 1)

1. Antipiretici

1. Paracetamolo: 500 mg fino a sei volte al dì; oppure, se il Paracetamolo risultasse efficace e/o ci fossero intolleranza e/o ci fossero sintomi accessori, Ibuprofene 400 mg x 4 volte die, o 600 mg x 3, oppure Nimesulide 100 mg x 2.
2. Metamizolo 20 gtt tre volte al dì, in particolare se cefalea, con attenzione all'ipotensione.

2. Antibatterici e Antivirali¹⁴⁻¹⁶

Se febbre persistente superiore a 38° C in paziente Covid positivo, con sintomi e/o segni respiratori quale in particolare tosse produttiva, con eventuali alterazioni dei parametri biochimici (ad esempio incremento della PCR), usare uno dei seguenti farmaci.

BOX 1. - LA PROTEINA C REATTIVA NELLE INFEZIONI

La Proteina C reattiva (PCR) è un utile e non specifico indice di infiammazione, sensibile alla attivazione dei neutrofili^{12,13}.

Essa è un indice più preciso di infezione batterica rispetto alla VES, la quale è più specifica per l'infiammazione (es. artrite reumatoide).

Si incrementa molto precocemente e più rapidamente della VES.

La sua sensibilità è elevata, per cui è utilissima nella diagnosi differenziale tra polmonite batterica e virale, anche in assenza di segni obiettivi auscultatori.

In Medicina Generale la tecnica di esecuzione è semplice, su sangue capillare da puntura sul polpastrello, e rapida, con strumentazione facilmente trasportabile a domicilio. In alternativa è dosabile su sangue da prelievo venoso. Valori di riferimento:

- Normale (negativa): < 8 mcg/ml.

- 9-35 mcg/ml: range di valore aspecifico, possibile anche in corso di virosi, non clinicamente significativa anche in presenza di febbre.

- 36-60 mcg/ml: da ricontrollare, se presenza di sospetto clinico di infezione batterica (es. polmonite), acuta o sub acuta (es. riacutizzazione di BPCO).

La risposta infiammatoria della polmonite da Covid-19 può accompagnarsi a valori di PCR aumentati "intermedi", con riscontro frequente di **valori nei range 9-35 mcg/ml e 36-60 mcg/ml.**

Il riscontro di valori aumentati intermedi, pur in presenza (o pauci presenza) di sintomatologia clinica, può suggerire comunque l'aggiunta di terapia antibiotica³.

- >60 mcg/ml: infezione batterica verosimilmente certa (nella polmonite frequenti valori > 90 mcg/ml), con indicazione a terapia antibiotica con o senza (a giudizio clinico) approfondimento (imaging) diagnostico.

Oggi c'è la possibilità di fare un dosaggio sia semiquantitativo che quantitativo a domicilio, che può aiutare ad orientare clinicamente.

Farmaci antivirali: non esiste, a tutt'oggi, un farmaco antivirale di provata efficacia nei confronti del coronavirus.

3. Anticorpi Monoclonali

Un'arma di grande interesse potrebbe essere rappresentata dall'uso degli anticorpi monoclonali. Gli anticorpi monoclonali (MAb, *Monoclonal Antibodies*) sono particolari tipi di anticorpi, prodotti con tecniche di DNA ricombinante a partire da un unico tipo di cellula immunitaria. Gli anticorpi monoclonali agiscono con il medesimo meccanismo d'azione degli anticorpi prodotti dall'uomo, possiedono un'affinità altamente specifica per un determinato tipo di antigene e si legano ad esso, consentendo in questo modo di ottenere una marcata risposta immunitaria nei confronti di quella tossina, proteina, mediatore chimico, cellula maligna o agente patogeno che costituisce il target della terapia. Nel caso del coronavirus si legano alla proteina spike. Per le indicazioni

e il timing citiamo una recente nota AIFA del 04.02.2021¹⁹: "... si ritiene che i suddetti farmaci (previa verifica della loro effettiva disponibilità) possano essere resi disponibili con procedura straordinaria e a fronte di una rivalutazione continua sulla base delle nuove evidenze disponibili, dell'arrivo di nuovi anticorpi monoclonali o altri farmaci, e delle eventuali decisioni assunte in merito da EMA. La popolazione candidabile al trattamento dovrà essere rappresentata unicamente da soggetti di età >12 anni, positivi per SARSCoV-2, non ospedalizzati per Covid-19, non in ossigenoterapia per Covid-19, con sintomi di grado lieve-moderato di recente insorgenza (e comunque da non oltre 10 giorni) e presenza di almeno uno dei fattori di rischio (o almeno 2 se uno di essi è l'età >65 anni) ..."

4. Corticosteroidi

Trovandoci nella situazione di cui al punto b, e persistendo la febbre e i sintomi/segni respiratori, specialmente

Tabella 1 Proposta di Terapia Empirica a domicilio in tema di Covid-19

Farmaci o presidi	Dosaggio	Giorni di terapia	Commento
Antipiretici	Paracetamolo 500 mg fino a 6/die opp. Ibuprofene 400 mg x 3-4/die opp. Metamizolo 20 gtt x 3/die opp. Nimesulide 100 mg x 2/die	<i>al bisogno</i>	
Antibatterici	Claritromicina 500 mg x 2/die opp Azitromicina 500 mg/die opp. Levofloxacina 750 mg/die opp. Amoxicillina clavulanata x 3 mg/die Cefditoren 400 mg x 2/die x 5 gg opp. Ceftriaxone 2 gr/die in monosomministrazione	<i>x 5-7 gg</i> <i>x 3 gg ev ripetibile</i> <i>x 5-7 gg idem</i> <i>idem idem</i>	<i>Un'ulteriore opzione terapeutica è rappresentata dall'associazione fra Macrolidi e Betalattamine o</i> <i>Cefalosporine</i>
Corticosteroidi	Prednisone (o equivalenti) 25 mg/die, poi 12,5 mg die	<i>x 5 gg x altri 5 gg</i>	
Idrossiclorochina	-----	-----	<i>non abilitata a trattare questa malattia</i>
Ossigeno	1-2 l/min quando la SO_2 è < 90%	<i>Solo nei giorni in cui c'è una saturazione bassa</i>	<i>Si può passare a 3 l/min in caso la SO_2 non raggiungesse 93-94%</i>
Anticoagulanti	Enoxaparina	<i>4000 UI/die</i>	<i>solo in pazienti allettati o ipomobili per altre patologie</i>
Nutraceutici Antiossidanti	Vitamina D (es. Colecalciferolo 1000-2000 UI/die, più Zn, Se, Mg, Resveratrolo, Curcuma naturale, Sulforafano N-Acetilcisteina 600 mg x 2 die	<i>x 8 settimane</i> <i>x 8-10 giorni</i>	<i>potenziano il sistema</i> <i>immunitario e hanno un possibile effetto antivirale generico</i>

Nota: va tenuto presente che le complicanze batteriche su infezioni respiratorie virali possono sopraggiungere in percentuale variabili, fino al 40% dei casi^{17,18}.

di fronte ad una iniziale riduzione della saturazione, può essere opportuno trattare il paziente anche con una piccola dose di cortisone, a fini antiinfiammatori e antiedemigeni²⁰⁻²² Per esempio: Prednisone 25 mg/die x 5 gg, poi 12,5 mg/die per altri 5 giorni oppure altri cortisonici in dosi equivalenti.

5. Ossigeno (con occhialini)

1-2 l/min quando la saturazione di O_2 è < 90%, per arrivare ad una saturazione di 93-94%, altrimenti si può aumentare a 3 l/min ed applicare la

mascherina. L'ossigeno è disponibile nelle farmacie (su richiesta diretta del curante: una bombola di ossigeno gassoso di 3000 l dura mediamente 2 giorni) e nei distretti (con compilazione diretta del modulo regionale apposito, fino a 60 giorni di terapia).

6. Anticoagulanti

Da somministrare come profilassi (es. Enoxaparina 4000 UI/die), solo in pazienti che presentino un quadro respiratorio e siano allettati o abbiano una bassa mobilità per obesità, ma-

lattie neurologiche o osteoarticolari, o una storia di pregresso tromboembolismo. Ricordiamo che il dosaggio, trattandosi di profilassi, è indipendente dal peso.

7. Vitamine e Integratori

Vi sono dati che suggeriscono l'utilità dell'integrazione con Vitamina D (esempio: Colecalciferolo 1000-2.000 UI/die)^{23,24}. Anche l'impiego di Zinco, Selenio, Magnesio, Resveratrolo, Curcuma naturale e Sulforafano ha un razionale biologico che deve però

essere confermato da studi prospettici sul campo. Questi oligoelementi e polifenoli hanno un effetto antivirale coadiuvante e modulante la risposta del sistema²⁵⁻²⁷.

Nota: **L'idrossiclorochina** ha inizialmente destato molto interesse per l'efficacia dimostrata nella cura della Sars1. Dopo 12 mesi dobbiamo registrare che praticamente tutti gli studi finora eseguiti non abilitano il farmaco²⁸. Una recente sentenza del Consiglio di Stato (11.12.2020) ne consente la prescrizione sotto precisa responsabilità e dietro stretto controllo del medico ai pazienti affetti da Sars-Cov-2 nella fase iniziale della malattia.

Strategie terapeutiche non farmacologiche

a. Idratazione

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

b. Attività motoria

- Consigliare la deambulazione anche nella stanza (almeno 2000 passi al giorno).
- Suggerire esercizi statici (5BX e XB Exercises)^{17,18} nei non allettati, per mantenere la tonicità.

c. Posturologia

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

Vaccinazioni

Per un inquadramento generale si ritiene utile la lettura del documento, in periodico aggiornamento curato dalla commissione scientifica dell'OMCEO Verona²⁹. Seguendo le indicazioni della Società Italiana di Allergologia, Asma ed Immunologia Clinica, proponiamo un **Algoritmo decisionale** relativo alla gestione dei pazienti allergici durante la campagna vaccinale³⁰. Come evidenziato le categorie a

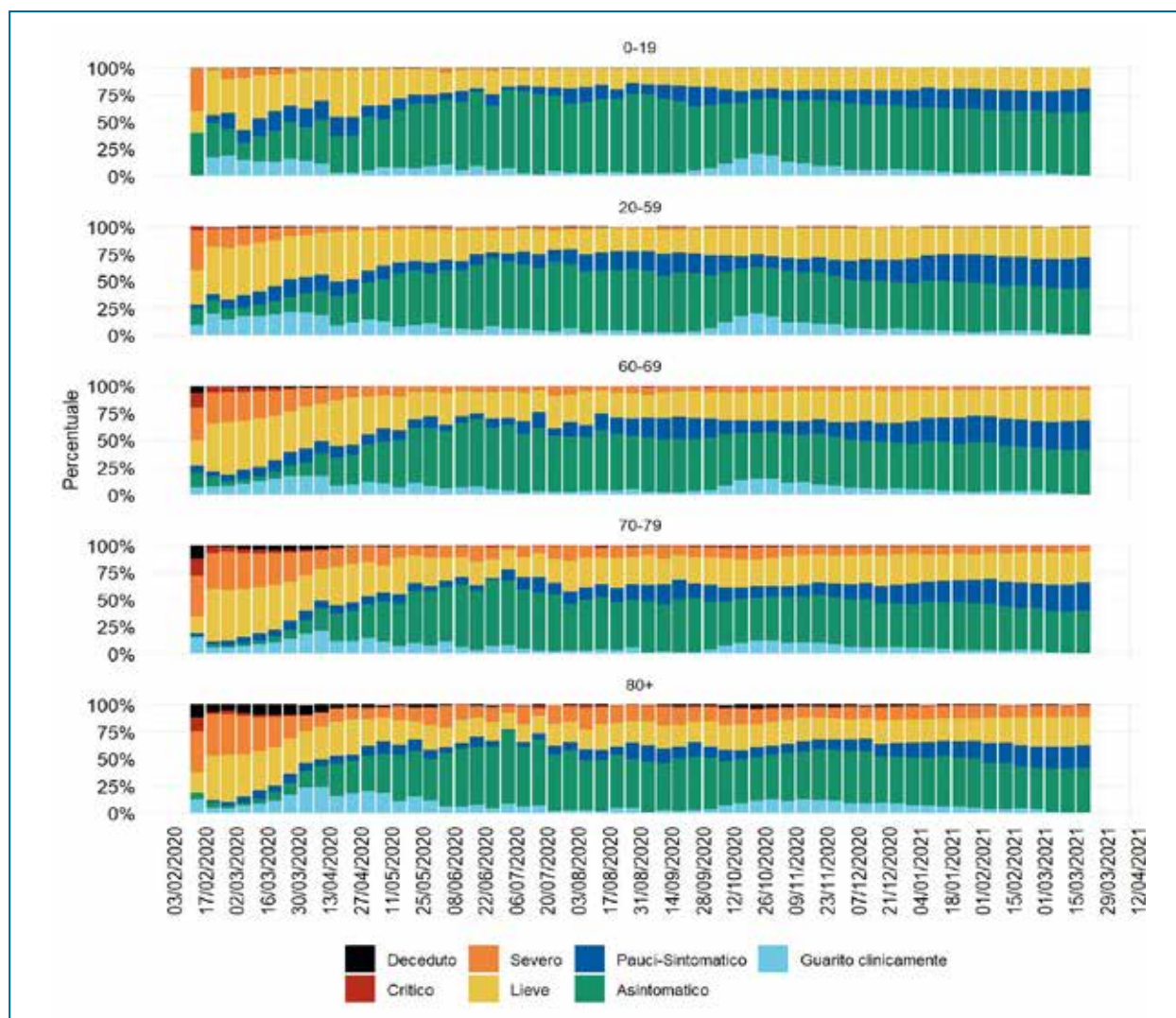


Figura 1 Percentuale di casi Covid-19 diagnosticati in Italia per stato clinico al momento della diagnosi, per classe d'età e settimana di diagnosi⁸

rischio sono molto limitate e si possono identificare nelle seguenti:

1. *Asma grave non controllata*
2. *Anafilassi idiopatica*
3. *Mastocitosi con almeno due pregresse anafilassi a diversa etiologia*
4. *Pregresse reazioni anafilattiche a vaccini*

A queste categorie andrebbero aggiunti i soggetti con nota allergia al polietilenglicole (PEG) che è stato identificato come potenziale trigger anafilattico. Va invece sottolineato che i soggetti allergici in generale e quindi coloro che soffrono di rinite o asma allergico, o hanno presentato reazioni anche gravi ad alimenti o farmaci hanno un rischio sostanzialmente sovrapponibile alla popolazione generale. A tutt'oggi il rischio di una reazione allergica grave è di 1/100.000, per confronto nella vaccinazione antiinfluenzale è di 1/1.000.000.

I soggetti appartenenti alle categorie suindicate devono essere valutati da un allergologo e la vaccinazione deve essere eseguita in ambiente protetto.

Per eventuali consigli specifici è possibile contattare: segreteria.allergologia@aovr.veneto.it.

APPENDICE

II MODIFIED EARLY WARNING (MEWS) è uno strumento di rapida e semplice applicazione, che fornisce un utile ausilio nella decisione della corretta allocazione del paziente, in base all'intensità di monitoraggio e cure richiesti. La scheda MEWS, secondo le indicazioni dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani", è stata opportunamente adattata e modificata per supportare ed uniformare le decisioni cliniche nell'ambito della gestione dell'epidemia di Covid-19. Nella flow-chart della scala sono definiti i criteri di utilizzazione dello score MEWS per la appropriata definizione del livello di intensità di cura. Per una più completa definizione del paziente critico vengono altresì definiti una serie di parametri sentinella, che potranno costituire un ulteriore eventuale supporto alla decisione clinica. Il punteggio che si ottiene dalla scala va da un minimo di 0 ad un massimo di 14. Gli studi mostrano che un punteggio uguale o superiore a 5 identifica un paziente critico ed instabile, le cui condizioni possono velocemente evolvere verso un ricovero in terapia intensiva o addirittura alla morte. Il MEWS è quindi uno strumento importante e validato per evidenziare tempestivamente un peggioramento delle condizioni cliniche.

Test di Roth

(descrizione semplificata)

Il test di Roth si effettua chiedendo al paziente di fare un respiro profondo seguito dal conteggio ad alta voce da 1 a 30 nella sua lingua madre, in un unico respiro, il più rapidamente possibile. Si cronometra il tempo in secondi a partire dal numero 1 fino al raggiungimento del numero più alto, che viene a sua volta registrato. Il test si ripete dopo che il soggetto abbia effettuato 3 respiri profondi. Il test di Roth include 2 misurazioni: (1) la durata del tempo trascorso per il conteggio da 1 a 30 in 1 respiro o fino a quando il paziente faccia un altro respiro; e (2) il numero più alto raggiunto in 1 respiro. Conteggi superiori a 11 e durata di conteggio superiore a 8 secondi indicano saturimetria nella norma. Con un numero massimo raggiunto <10 o un tempo di conteggio <7 secondi si identificano i pazienti con pulsossimetria in aria ambiente <95% (sensibilità del 91% e 83%, rispettivamente). Un numero massimo raggiunto <7 o tempo di conteggio <5 secondi identificano i pazienti con una pulsossimetria in aria ambiente <90% (sensibilità dell'87% e 82%, rispettivamente). Il test ha il vantaggio di misurare il variare della performance nello stesso individuo.

DATI FISILOGICI (indicare un solo valore per ogni fattore)

Punteggio	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria (atti/minuto)		<9		9-14	15-20	21-29	≥30
Frequenza cardiaca (battiti/minuto)		≤40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130
Pressione sistolica (mmHg)	<70	71-80	81-100	101-199		≥200	
Temperatura corporea (°C)		≤35°C		35,1-38,4°C		≥38,4°C	
Sintomi neurologici				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde (GCS <9)
PUNTEGGIO TOTALE [] Legenda MEWS: 0-2 paziente stabile, 3-4 instabile, ≥ 5 critico.							

SCHEDA di MONITORAGGIO

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

Bibliografia

- WHO: Covid-19. Clinical Management. Living Guidance. 25 January 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>.
- NIH: Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) Treatment Guidelines. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>.
- BMJ: Coronavirus disease 2019 (Covid-19) <https://bestpractice8bmj.com/topics/en-us/3000168>.
- S. Juul, E.E. Nielsen et al: Interventions for treatment of Covid-19: Second edition of a living systematic review with meta-analysis and trial sequential analyses (The LIVING Project). PLOS ONE | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248132> March 11, 2021.
- Gruppo di Lavoro Regione Veneto: Emergenza COVID19. Gestione clinica e terapeutica nel setting domiciliare dei pazienti (v.2.0 del 12.03.2021).
- G. Federspil: Premessa. In D.L. Sackett et alii: La Medicina Basata sulle Evidenze. Pensiero Scientifico Editore, 1998.
- E. Lavezzo, E. Franchin: Suppression of a SARS-CoV-2 outbreak in the Italian Municipality of Vo. Nature, vol 584, August 2020.
- <https://www.epicentro.iss.it...> Ultimo accesso 02.04.2021.
- <https://coronavirus.jhu.edu/map.html...> Ultimo accesso 02.04.2021.
- T. Greenhalgh et alii: Management of post-acute Covid-19 in primary care. BMJ 2020; 370: m3026. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3026>.
- F. Wang et alii: The timeline and risk factors of clinical progression of COVID in Shezen, China. J. Transl. Med. (2020) 18:270 <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02423-8>.
- D.S. Jacobs, et alii: Laboratory Tests Handbook. Lexi-Comp 2001.
- J. Watson et al.: Raised inflammatory markers. Rationale testing, in Practice. BMJ 2012; 344: e454 doi: 10.1136/bmj.e454 (Published 3 February 2012).
- E. Concia, F. Gobbi e M. Lanzafame: Terapia Antinfettiva, Edizioni Libreria Cortina Verona, 2020.
- O. Culic, V. Erakovic, M.J. Parnaham: Antiinflammatory Effects of Macrolide Antibiotics. Eur. J. Pharmacol. 2001 Oct 19; 429 (1.3): 209-29.
- Goodman and Gilman: Le basi farmacologiche della terapia. Il Manuale. 2^a ed. Zanichelli, 2015.
- A.R. Falsey et alii: Bacterial Complications of Respiratory Tract Viral Illness: A Comprehensive Evaluation. Journal of Infectious Diseases, 2013; 208: 432-41.
- J.E. Prasso and J.C. Deng: Postviral Complications. Bacterial Pneumonia. Clin. Chest Med. 38 (2017) 127-138.
- AlFA: Parere CTS AlFA su anticorpi monoclonali. Roma, 04.03.21.
- G. Meduri and B. Rochwerg: Should Corticosteroids Be Routine Treatment in Early ARDS? Yes. Chest, 159, 1, 25-29, 2021.
- M.K. Hensley, M.W. Sjoding and H.C. Prescott: Should Corticosteroids Be Routine Treatment in Early ARDS? No. Chest 159, 1, 29-33, 2021.
- AlFA: Corticosteroidi nella terapia dei pazienti adulti con Covid-19. Prima pubblicazione: 6 Ottobre 2020.
- P. Bergman, A.U. Lindh, L. Björkhem-Bergman, J.D. Lindh. Vitamin D and Respiratory Tract Infections: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. PLoS One. 2013 Jun 19;8(6):e65835.
- A.S. Vanherwegen, C. Gysemans, C. Mathieu: Regulation of Immune Function by Vitamin D and Its Use in Diseases of Immunity. Endocrinol Metab Clin North Am. 2017 Dec;46(4):1061-1094.
- K.S. Vimalaswaran, N.G. Forouhi, K. Khunti: Vitamin D and Covid-19. BMJ 2021; 372: n544.
- S. Tahmasebi, M.A. El-Esawi et alii: Immunomodulatory effects of nanocurcumin on Th17 cell responses in mild and severe Covid-19 patients. J Cell Physiol. 2020 Dec 28.
- M. Piazza, A.L. Boner, S. Giroto, E. Concia, and J.A. Bellanti: Is Nutritional Supplementation Appropriate for Covid-19 Management? Allergy Asthma Proc. Accettato issue May 2021.
- AlFA: Idrossiclorochina nella terapia dei pazienti adulti con Covid-19. Update del 22 luglio 2020.
- Commissione Scientifica OMCEO VR: Caratteristiche, Efficacia e Sicurezza dei Vaccini Anti-Covid-19 finora autorizzati in Europa. (01.03.2021). <https://www.omceovr.it/public/wp-content/uploads/2021/03/AGGIORNAMENTO-CARATTERISTICHE-EFFICACIA-E-SICUREZZA-VACCINI-ANTICOVID19-ASTRAZENECA.pdf>.
- Società Italiana di Allergologia, Asma ed Immunologia Clinica (SIAAIC): Linee di indirizzo per la gestione da parte degli allergologi dei pazienti a rischio di reazioni allergiche per Covid-19 (15.02.2021).

Eventi avversi dei vaccini anti-SARS-CoV-2 di Pfizer-BioNTech, Moderna e AstraZeneca

26 marzo 2021

Eventi avversi comuni e molto comuni

Gli eventi avversi comuni e molto comuni, determinati dai vaccini anti-SARSCoV-2 prodotti da Pfizer-BioNTech, Moderna e AstraZeneca, sono stati descritti dagli studi di fase 2-3 e pubblicati nei mesi scorsi (1-6). Gli studi post-marketing hanno confermato, in buona sostanza, questi affetti avversi (7). Oltre agli effetti locali, talvolta rilevanti, con particolare riferimento al **dolore** nel sito di iniezione, sono descritti i seguenti effetti avversi sistemici, riportati grossolanamente in ordine di frequenza: **fatica, mal di testa, dolori muscolari e articolari, febbre sopra i 38°C, brividi e nausea**.

È opportuno sottolineare che questa stessa tipologia di effetti avversi, comuni e molto comuni, in una piccola percentuale di soggetti **può manifestarsi con una particolare gravità**. Ad esempio, nei soggetti del gruppo giovani adulti vaccinati con la seconda dose dei vaccini Pfizer-BioNTech o Moderna, è stata descritta **febbre molto alta** (39-40°C, 1-2% dei vaccinati) e/o **mal di testa particolarmente forte** (circa 4% dei vaccinati) (le percentuali sono precisate dalla pubblicazione relativa al vaccino di Moderna, ma sono solo stimate dalle figure mostrate nella pubblicazione del vaccino di Pfizer-BioNTech). Nei soggetti del gruppo giovani adulti, vaccinati con la prima dose del vaccino AstraZeneca, è stata descritta **febbre molto alta** (>39°C, 2% dei vaccinati) e/o **mal di testa particolarmente forte** (circa 4% dei vaccinati) (le percentuali fanno riferimento ad un piccolo numero di pazienti

studiati e, dunque, potrebbero essere molto diverse in studi successivi). Infine, dopo la somministrazione dei tre vaccini, l'**astenia** di grado severo è relativamente frequente (6-11% dei vaccinati).

Gli effetti avversi sono **più rilevanti ed interessano una percentuale superiore di persone**: 1) nel **gruppo dei giovani-adulti** rispetto al gruppo dei più anziani; 2) dopo la **seconda dose dei vaccini Pfizer-BioNTech o Moderna** rispetto alla prima dose; 3) dopo la **prima dose del vaccino AstraZeneca** rispetto alla seconda.

Eventi avversi osservati in Italia

Il Rapporto numero 2 dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) (riferito al periodo dal 27-12-2020 al 26-02-2021) (https://www.aifa.gov.it/documenti/20142/1315190/Rapporto_sorveglianza_vaccini_COVID-19_2.pdf/5f35b7a5-bdde-e245-f5a4-f8c04d20f06c) descrive gli effetti avversi osservati in Italia dopo la somministrazione dei vaccini antiCoVid-19. I dati confermano, per entità e distribuzione, gli effetti avversi riportati dagli studi di fase 3 e da EMA. Nel 90% dei casi la sospetta reazione avversa si manifesta il giorno stesso o il giorno seguente la somministrazione del vaccino. Anche in Italia, gli anziani hanno meno reazioni avverse dei giovani e degli adulti. La maggior parte dei dati riportati da AIFA fa riferimento al vaccino Pfizer-BioNTech che, nel periodo considerato, ha rappresentato l'87% dei vaccini somministrati.

In Italia sono state segnalate **28.762 reazioni avverse (0,76%)** al vaccino PfizerBioNTech, di cui **1.700 gravi (0,045%)**, a fronte della somministra-

zione di **3.741.828 dosi**. Indipendentemente dal fatto che si tratti di una prima o seconda dose e dal nesso di causalità (vedi paragrafo successivo), le reazioni avverse gravi più frequenti coincidono con la distribuzione di tutte le reazioni avverse descritte per il vaccino Pfizer-BioNTech. Queste sono rappresentate prevalentemente da febbre alta, cefalea intensa, dolori muscolari/articolari diffusi e astenia. Meno frequentemente sono riportate, inoltre, reazioni di tipo allergico, linfadenopatia, parestesia, tachicardia, crisi ipertensiva e paralisi facciale, tutte reversibili.

Secondo lo stesso rapporto numero 2 dell'AIFA, in Italia sono state segnalate **403 reazioni avverse (0,33%)** di cui **32 gravi (0,026%)** al vaccino Moderna, a fronte della somministrazione di **120.886 dosi**. Indipendentemente dal fatto che si tratti di una prima o seconda dose e dal nesso di causalità, le reazioni più frequenti coincidono con la distribuzione di tutte le reazioni avverse descritte per il vaccino Moderna. Queste sono rappresentate prevalentemente da sintomi di tipo sistemico (febbre alta, mialgie ed artralgie diffuse, ecc...). Altri eventi vengono segnalati con frequenza uguale o inferiore a 2 segnalazioni. Sempre secondo il rapporto numero 2 dell'AIFA, in Italia sono state segnalate **834 reazioni avverse (0,33%)** di cui **79 gravi (0,031%)** al vaccino AstraZeneca, a fronte della somministrazione di **255.563 dosi** (tutte prime dosi). Indipendentemente dal nesso di causalità, le reazioni più frequenti coincidono con la distribuzione di tutte le reazioni avverse descritte per il vaccino AstraZeneca. Queste sono rappresentate prevalentemente da

febbre alta con eventuali altri sintomi sistemici associati. Altri termini preferiti riportati con frequenza inferiore alle 10 segnalazioni sono tremore, vertigine, sudorazione eccessiva, sonnolenza, difficoltà di respirazione, dolore generalizzato. Ovviamente gli eventi avversi descritti, in seguito alla somministrazione dei vaccini Moderna e AstraZeneca, hanno rilevanza minore rispetto a quelli rilevati in seguito alla somministrazione del vaccino Pfizer-BioNTech per il numero, relativamente piccolo, delle dosi somministrate.

Effetti avversi molto rari: il problema metodologico

Come atteso a causa di un problema esclusivamente statistico, gli studi di fase 3 non hanno segnalato eventi avversi molto rari. Ora, dopo la somministrazione di milioni di dosi, per ciascuna tipologia di vaccino, sono stati descritti alcuni effetti avversi molto rari.

Prima di analizzarli occorre sottolineare che gli eventi osservati (ad esempio, infarto) nei soggetti vaccinati subito dopo la somministrazione del vaccino (ad esempio, considerando una finestra temporale di 2 settimane) non sono necessariamente determinati dal vaccino. Dal momento che manca il gruppo controllo (presente negli studi di fase 3), è possibile che la vicinanza tra i due fatti (vaccino ed infarto, ad esempio) sia dovuta semplicemente al **caso**.

Questo, perché eventi negativi riguardo la salute di un soggetto possono accadere spontaneamente sia in soggetti con **malattie croniche** che predispongono all'evento (ad esempio, infarto in paziente iperteso o diabetico), sia in **soggetti apparentemente sani**. L'unico modo per capire se un evento osservato dopo la somministrazione del vaccino sia un evento avverso determinato dal vaccino (ad esempio, il vaccino determina l'infarto) è necessario conoscere l'incidenza dell'evento nelle diverse **fasce di popolazione**, nelle **diverse età**, nei **due sessi**, e nei gruppi di soggetti con patologie predisponenti l'evento. Occorre, quindi, calcolare la probabilità che

questo evento capiti nell'arco di due settimane e comparare la **frequenza supposta** con quella **osservata** nelle due settimane successive alla somministrazione del vaccino.

Considerazioni sul rapporto beneficio/rischio dei vaccini

In queste settimane viene usata frequentemente la terminologia "rapporto beneficio/rischio" applicata ai vaccini e alla loro sicurezza, anche in relazione agli effetti avversi gravi. Ci sembra importante sottolineare che l'affermazione "il rapporto beneficio/rischio di un vaccino è favorevole (oppure positivo)" è una affermazione che pecca di tecnicismo (e, se presa alla lettera, potrebbe sembrare provocatoria) e va interpretata correttamente.

Tanto per iniziare, il concetto "rapporto beneficio/rischio" è preso a prestito dalla valutazione che si effettua a carico di un farmaco che cura una patologia o un sintomo. Se con il termine "rischio" si indica "la probabilità che un evento avverso si manifesti" con beneficio si intende "la probabilità di ottenere un beneficio" o, anche, "la probabilità di evitare il danno dato dalla malattia e dalle sue complicità". C'è però da notare che, nel setting terapeutico, non viene accettata una terapia (farmacologica o non) che abbia una probabilità di ottenere un beneficio appena superiore alla probabilità che si manifesti un evento avverso (come, in una interpretazione letterale, potrebbero indicare i termini "favorevole" o "positivo"), anche nel caso in cui il beneficio sia la sopravvivenza e l'evento avverso sia la morte. Infatti, anche nei casi più disperati (quelli in cui la morte è certa), la terapia praticata ha almeno un rischio 10 volte inferiore (di morte, ad esempio) rispetto al danno della malattia (morte) per decidere di trattare il paziente.

Ovviamente nei casi in cui il danno (o il beneficio) non sia la morte (o il suo evitamento) ma un fenomeno meno rilevante, a questi fenomeni viene attribuito un valore diverso (inferiore) a quello attribuito alla morte per rendere comparabili i diversi fenomeni/rischi. Poi, nel caso dei vaccini, considerato che l'atto medico precede

l'eventuale malattia (e non la segue, come nel caso di una terapia) il vantaggio offerto rispetto al rischio di arrecare danni deve essere ancora superiore. Ovviamente, è importante tenere in considerazione i danni determinati dalla patologia per cui ci si vaccina (se la malattia è frequentemente mortale, Ebola, ad esempio, i rischi della vaccinazione possono essere superiori a quelli della vaccinazione per l'influenza, ad esempio). Infine, quando viene vaccinata una popolazione, il beneficio a cui ci si riferisce non è solo relativo all'individuo vaccinato relativamente al rischio di malattia e di malattia grave, ma anche ai benefici indiretti derivati a chi si vaccina e alla società in cui il soggetto vive (sanitari, economici, relativi alla qualità di vita).

Il sistema di farmacovigilanza in Europa.

Per quanto riguarda la raccolta delle reazioni avverse osservate nelle settimane seguenti la somministrazione del vaccino è attivo il monitoraggio della farmacovigilanza. In Europa, ad esempio, è attivo EudraVigilance, il sistema per la gestione e l'analisi delle informazioni su sospette reazioni avverse a medicinali che sono stati autorizzati o in fase di studio nell'ambito di sperimentazioni cliniche nello Spazio economico europeo. L'EMA gestisce il sistema per conto della rete di regolamentazione dei medicinali dell'Unione europea e utilizza dati del mondo reale per monitorare la sicurezza e l'efficacia dei trattamenti autorizzati per la CoViD-19 e dei vaccini.

In particolare, il **progetto ACCESS** (vACCine CoViD-19 monitoring readiness) allestito in risposta al CoViD-19 si concentra su fonti di dati per monitorare la sicurezza, l'efficacia e la copertura dei vaccini COVID-19. Il progetto coinvolge 22 centri di ricerca in Europa e i suoi obiettivi principali sono e sono stati:

- Identificare e caratterizzare una rete europea di fonti di dati che potrebbe fornire un monitoraggio continuo della copertura, sicurezza ed efficacia dei vaccini COVID-19 e essere utilizzata per indagare su domande di ricerca specifiche sui vaccini COVID-19;

- **Fornire la frequenza di eventi avversi di interesse speciale (AESI) e altre condizioni pertinenti;**
- **Istituire una rete per il monitoraggio tempestivo della copertura, la sicurezza e l'efficacia dei vaccini per il SARS-CoV-2** e l'indagine su questioni di ricerca specifiche comprese le analisi di fattibilità.

Il progetto ACCESS è supportato da un gruppo consultivo dell'EMA formati da esperti del settore. I protocolli comuni per gli studi sulla sicurezza e la rete di fonti di dati sviluppati da ACCESS sono disponibili per i titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio (le case farmaceutiche) e altri soggetti interessati agli studi di sicurezza post-registrativi (PASS).

Allergie gravi in seguito alla somministrazione dei vaccini Pfizer e Moderna

Attualmente, in base ai dati pubblicati dalla CDC (Center for Disease Control, Stati Uniti) (8), il tasso di segnalazione per i vaccini a mRNA è uguale 4,7 casi di anafilassi ogni milione di dosi somministrate per il vaccino Pfizer e 2,5 casi ogni milione di dosi somministrate per il vaccino Moderna, la maggior parte dei quali si sono verificati dopo la prima dose, entro 30 minuti dalla somministrazione, quasi totalmente nel sesso femminile. Queste reazioni sono state osservate, nella maggior parte dei casi, in persone con storia di allergie o reazioni allergiche ad altre sostanze o precedenti di anafilassi. Si ritiene che la causa della risposta allergica che determina anafilassi sia il polietilenglicole (PEG), denominato anche macrogol, una delle componenti presenti nei lipidi che avvolgono l'mRNA e che è presente anche in altri farmaci e prodotti non farmaceutici di comune utilizzo quotidiano.

Nella relazione dell'AIFA relativa agli effetti avversi ai vaccini in Italia, è descritto un tasso di anafilassi in seguito al vaccino Pfizer di 5,5 per milione di prime dosi (13 soggetti) e 2,2 per milione di seconde dosi (3 soggetti). Al momento della stesura della relazione, la quantità di vaccini Moderna e AstraZeneca somministrati era

inferiore a 121 mila e 256 mila dosi rispettivamente e non erano state segnalate anafilassi in seguito alla somministrazione di questi vaccini. L'81% dei casi hanno interessato donne con una età mediana di 46 anni. Solo in 1 caso era descritto in anamnesi una anafilassi precedente e in circa il 30% dei casi reazioni allergiche a farmaci, cibi, inalanti o punture d'insetto. Al momento, nessun soggetto risulta essere deceduto in seguito alla reazione.

Paralisi di Bell in seguito alla somministrazione dei vaccini Pfizer e Moderna

Attualmente non sono a disposizione dati relativi alla frequenza della paralisi di Bell da parte di CDC e EMA. D'altra parte, uno studio recentemente pubblicato suggerisce che la paralisi di Bell è un effetto avverso dei vaccini a mRNA (Pfizer-BioNTech e Moderna) ([https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)000761/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)000761/fulltext)).

Combinando i dati di entrambi gli studi di fase 3 (quasi 40.000 partecipanti nel braccio del vaccino), ci sono stati 7 casi di paralisi di Bell rispetto ad 1 caso di paralisi di Bell tra i partecipanti al braccio placebo. Questo dato suggerisce che la vaccinazione potrebbe essere associata alla paralisi di Bell ($p=0,07$, cioè dato non significativo ma vicino alla significatività).

Se poi consideriamo che il tasso di incidenza della paralisi di Bell nella popolazione generale varia da 15 a 30 casi in 1 anno per 100.000 soggetti, ovvero 6-12 casi per 40.000 soggetti (cioè, il numero dei partecipanti ai due studi). Occorre però considerare che nello studio i soggetti vaccinati sono stati osservati per una durata di 2 mesi (mediana di osservazione) e, dunque, l'incidenza attesa della paralisi di Bell in quella popolazione, in quel periodo, era di 1-2 casi, in linea con il singolo caso osservato nei bracci placebo combinati. Pertanto, sembra confermato che la paralisi di Bell nei bracci del vaccino è 3,5-7 volte superiore a quella attesa nella popolazione generale.

Nonostante la paralisi di Bell non sia pericolosa e normalmente preveda un ritorno alla normalità in 1 mese, è pur sempre fastidiosa e richiede di essere valutata con attenzione dalle agenzie regolatorie. Infatti, nel suo report, l'AIFA segnala la presenza di paralisi periferiche, senza specificare, al momento, il numero osservato.

Coagulazione intravasale disseminata (CID) e altri fenomeni trombotici associati a trombocitopenia in seguito alla somministrazione del vaccino AstraZeneca

A seguito degli effetti avversi tromboembolici osservati in soggetti vaccinati con il vaccino AstraZeneca, l'EMA ha attivato una procedura d'urgenza per capire se questi fenomeni erano da attribuirsi alla vaccinazione.

Le conclusioni dell'agenzia sono le seguenti:

- Non è stata riscontrata alcuna criticità in relazione alla qualità dei lotti del vaccino che erano stati precauzionalmente sospesi in diversi Paesi Europei.
- Complessivamente ad oggi circa 7 milioni di persone sono state vaccinate con il suddetto vaccino in Europa e 12 milioni nel Regno Unito, ed in altri Paesi è tuttora in corso la vaccinazione. Il tasso di eventi tromboembolici riportati nei soggetti vaccinati è inferiore rispetto a quanto atteso in base all'incidenza nota di tali eventi nella popolazione generale. D'altra parte, va ricordato che lo stesso COVID-19 è una patologia infettiva che aumenta sensibilmente il rischio di eventi tromboembolici. Occorre anche sottolineare che ogni anno si verificano circa 100 nuovi casi di trombosi venose, cioè 4 casi ogni 100.000 persone durante una osservazione di 15 giorni. Quindi è ragionevole attendersi che, nei 15 giorni successivi ad 1 milione di vaccinazioni, vengano osservati 40 eventi tromboembolici.
- Sono stati però riportati alcuni disordini della coagulazione di anomala presentazione, associati a trombocitopenia, con o senza sanguinamento, comparsi in un periodo compreso nelle due settimane successive alla vaccinazione. In

particolare, nei Paesi Europei e nel Regno Unito sono stati riportati **7 casi** di coagulazione intravascolare disseminata (**CID**) e **18 casi di trombosi cerebrale del seno venoso** per i quali sono in corso ulteriori accertamenti. Questi casi hanno riguardato principalmente donne con età inferiore ai 55 anni e 9 di questi sono stati fatali. Dunque, nella sezione delle precauzioni della scheda tecnica del vaccino sarà descritta la possibilità di comparsa di questi disturbi della coagulazione con indicazione di richiedere immediatamente assistenza medica nel caso in cui, dopo la vaccinazione, si manifestino sintomi/segni ad essi attribuibili (come ad esempio **affanno, dolore al torace, gonfiore o freddo a un braccio o a una gamba, forte mal di testa, visione offuscata, sanguinamento persistente, piccoli lividi multipli, petecchie**, etc).

Gli aggiornamenti e le modifiche relative ad indicazioni ed effetti avversi ai vaccini anti-SARS-CoV-2 sono normali

In parte dei mass media e dell'opinione pubblica è presente sarcasmo nei confronti delle modifiche rispetto al target di popolazione da vaccinare e relativamente agli effetti avversi riconosciuti, osservate in nei mesi

precedenti e in questi giorni. Viene insinuato nella gente il pensiero che la gestione dei vaccini sia in mano a soggetti incompetenti, tale da cambiare idea nel corso del tempo.

La Società Italiana di Farmacologia fa presente che la ricerca scientifica e l'innovazione farmacologica (cioè la messa a punto di nuovi farmaci e vaccini) è basata su osservazioni empiriche. Lo scienziato e il farmacologo non hanno risposte preconfezionate in tasca, ma dispongono del metodo scientifico che permette di valutare e correggersi man mano che i dati sono a disposizione.

La serie di eventi che ci hanno permesso di disporre di un certo numero di vaccini in così breve tempo rispetto alla scoperta del virus responsabile della pandemia odierna è di portata storica. D'altra parte, i vaccini, come tutti gli altri farmaci appena entrati in uso, necessitano valutazioni post-marketing e piccole correzioni di rotta. E non è detto che quelle a cui abbiamo assistito recentemente siano le ultime.

Raccomandazioni finali

In relazione a quanto sopra riportato la Società Italiana di Farmacologia raccomanda di:

a) Aderire alla campagna di vaccinazione, come da indicazioni del

Ministero della Salute, indipendentemente dal vaccino proposto ed evitando rinunce alla vaccinazione, tardive o non comunicate, al fine di non rallentare la campagna vaccinale; ogni ritardo nella campagna vaccinale, infatti, porta ad aumentare il numero di morti e allontana la fine della pandemia;

b) Continuare a segnalare gli eventi avversi sospetti che si osservano, indistintamente per tutti i vaccini per SARS-CoV-2, così come per gli altri vaccini e tutti i farmaci in generale;

c) In assenza di segni/sintomi suggestivi di alterazione della coagulazione dopo la vaccinazione, evitare di ricorrere a terapie non raccomandate (anticoagulanti o antiaggreganti) e, ricordare sempre, che qualunque terapia va effettuata dopo consulto medico;

d) Partecipare, oltre che alla segnalazione di sospette reazioni avverse, laddove proposto, agli studi di farmacovigilanza attiva tramite survey o web-app, volti a monitorare efficacia e sicurezza dei vaccini per SARS-CoV-2, solo ed esclusivamente, se approvati da AIFA e dal Comitato Etico dell'Istituto Spallanzani, come da normativa.

Riferimenti bibliografici

- doi:10.1056/NEJMoa2034577 Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. [Fernando P Polack](#) et al N Engl J Med. 2020 Dec 31;383(27):2603-2615.
- doi: 10.1056/NEJMoa2035389. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARSCoV-2 Vaccine. [Lindsey R Baden](#) et al., N Engl J Med. 2021 Feb 4;384(5):403416.
- doi: 10.1056/NEJMoa2028436 Safety and Immunogenicity of SARS-CoV-2 mRNA-1273 Vaccine in Older Adults. [Evan J Anderson](#) et al., N Engl J Med 2020 Dec 17;383(25):2427-2438.
- doi: 10.1056/NEJMoa2022483 An mRNA Vaccine against SARS-CoV-2 Preliminary Report. [Lisa A Jackson](#) et al., N Engl J Med 2020 Nov 12;383(20):1920-1931.
- doi: 10.1016/S0140-6736(20)32466-1. Safety and immunogenicity of ChAdOx1 nCoV-19 vaccine administered in a prime-boost regimen in young and old adults (COV002): a single-blind, randomised, controlled, phase 2/3 trial. [Maheshi N Ramasamy](#) et al., Lancet. 2021 Dec 19;396(10267):1979-1993.
- doi: 10.18176/jiaci.0665 The Century of mRNA Vaccines: COVID-19 Vaccines and Allergy. [N R Ortega Rodríguez](#) et al., J Investig Allergol Clin Immunol 2021 Feb 17;31(1):89-91.
- doi: 10.1038/d41586-021-00290-x. COVID vaccines and safety: what the research says. [Ariana Remmel](#), Nature. 2021 Feb;590(7847):538-540.
- doi: 10.1001/jama.2021.1967 Reports of Anaphylaxis After Receipt of mRNA COVID-19 Vaccines in the US-December 14, 2020-January 18, 2021. [Shimabukuro TT](#) et al., JAMA. 2021 Feb 12.

Aggiornamento

26/5/21

Complicanze tromboemboliche post-vaccinazione anti-COVID-19 con Vaxzevria (ChAdOx1 nCov-19, AstraZeneca) o con COVID-19 Vaccine Janssen (Ad.26. COV2.S, Johnson & Johnson)

1. Inquadramento

In soggetti recentemente sottoposti a vaccinazione anti-SARS-CoV-2 con i vaccini a vettore virale Vaxzevria (ChAdOx1 nCov-19 della ditta Astra Zeneca) e con COVID-19 Vaccine Janssen (Ad.26.COV2.S della ditta Johnson & Johnson) sono state riportate diverse segnalazioni di eventi trombotici in sedi atipiche (trombosi dei seni venosi cerebrali e/o del distretto splancnico), associati a piastrinopenia e con decorsi clinici di particolare gravità.

Le Autorità competenti (*Pharmacovigilance Risk Assessment Committee- PRAC dell'European Medicines Agency* e l'Agenzia Italiana del Farmaco) hanno intensificato l'attività di farmacovigilanza, attivando nel contempo gruppi di lavoro per approfondire la plausibilità biologica degli eventi, le eventuali strategie di minimizzazione del rischio, e le modalità più corrette per la gestione clinica di questi rari eventi.

Il documento che segue (strutturato in domande e risposte) rappresenta le conclusioni del Gruppo di Lavoro Emostasi e Trombosi di esperti in patologie della coagulazione nominato a supporto della Commissione Tecnico Scientifica CTS AIFA, ed è finalizzato a fornire ai Medici non specialisti ed al personale sanitario le informazioni

attualmente disponibili per identificare precocemente e gestire nel modo più appropriato questo raro evento avverso.

2. Quali complicanze tromboemboliche sono state osservate nei soggetti vaccinati con Vaxzevria e COVID-19 Vaccine Janssen?

In linea generale, gli eventi tromboembolici venosi occorsi in soggetti vaccinati con Vaxzevria e con il vaccino Janssen non sono risultati più frequenti rispetto a quelli attesi nella popolazione non vaccinata [1,2]. Sono stati tuttavia accertati rari casi di eventi del tutto peculiari, caratterizzati da trombosi dei seni venosi cerebrali (TSVC) e/o trombosi delle vene splancniche, spesso associati alla presenza di trombi in sedi multiple e a piastrinopenia, con emorragie gravi e talvolta segni di coagulazione intravascolare disseminata (CID). Questi eventi sono stati osservati quasi esclusivamente entro circa tre settimane dalla vaccinazione in soggetti sani con età inferiore a 60 anni, prevalentemente donne.

Qual è la loro frequenza?

Per il vaccino Vaxzevria, da fonte *EuroVigilance*¹, alla data del 4 aprile 2021, sono stati riportati 169 casi di trombosi dei seni venosi cerebrali (TSVC) e 53 casi di trombosi delle vene splancniche, spesso associati a piastrinopenia, su un totale di circa 34 milioni di dosi di vaccino Vaxzevria somministrate nell' Area Economica Europea (EEA) e nel Regno Unito (UK) [3], pari a 6,5 casi per milione di soggetti che hanno ricevuto almeno una dose, riferita, alla data di analisi, sostanzialmente alla prima dose di vaccino. Dal rapporto preliminare EMA, nell'ambito della procedura europea di rivalutazione del vaccino Vaxzevria attualmente in corso², si evince che per gli eventi di trombosi venose in sedi atipiche associate a piastrinopenia è stato stimato un tasso di circa un caso ogni 100.000 vaccinati.

Anche i casi riportati nei sistemi di farmacovigilanza della Gran Bretagna nell'ultimo report pubblicato il 20 maggio² sono in linea con tale dato (309 casi per 23.9 milioni di prime dosi con vaccino Vaxzevria).

In Italia al 26 aprile sono stati riportati 34 casi di trombosi venose in sedi atipiche, 18 delle quali associate a trombocitopenia³. Rispetto alle somministrazioni effettuate con Vaxzevria si osservano quindi 0.45 casi ogni 100.000 vaccinati, dato che potrebbe risentire della minor rappresentatività del campione italiano rispetto ai dati europei e anglosassoni.

Per quanto riguarda gli eventi osservati dopo somministrazione del vaccino Janssen, il sistema di sorveglianza USA "Morbidity and mortality weekly report"⁴ alla data del 30 aprile 2021, riporta 17 casi di trombosi in sedi atipiche associate a trombocitopenia (eventi del tutto simili a quelli osservati con il vaccino Vaxzevria) su 7,98 milioni di dosi di questo vaccino somministrate in Nord-America.

3. Quali possono essere i meccanismi fisiopatologici alla base delle manifestazioni tromboemboliche più gravi (trombosi dei seni venosi cerebrali e/o del distretto splancnico associate con trombocitopenia)

La trombosi dei seni venosi cerebrali (TSVC) è una manifestazione rara, con una incidenza annuale che oscilla tra 0,2 e 1,5 casi per 100.000 abitanti per anno ed una prevalenza nel sesso femminile. Tipicamente si associa a condizioni protrombotiche, congenite o acquisite, alcune delle quali caratteristiche delle donne, come l'uso della pillola o la gravidanza e il puerperio. Raramente però si associa a trombocitopenia.

I casi di TSVC e/o del distretto splancnico che sono stati osservati dopo la somministrazione di Vaxzevria e del vaccino Janssen hanno mostrato

1 https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1289823/2021.04.07_COVID-19%20AstraZeneca_IT.pdf

2 https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/use-vaxzevria-prevent-covid-19-article-53-procedureassessment-report_en.pdf

3 <https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-covid-19-vaccine-adverse-reactions/coronavirus-vaccinesummary-of-yellow-card-reporting>

4 https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1315190/Rapporto_sorveglianza_vaccini_COVID-19_4.pdf

5 https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7018e2.htm?s_cid=mm7018e2_w

come caratteristiche comuni un'insorgenza tra 5 e 21 giorni dopo la vaccinazione, la presenza concomitante di trombocitopenia di varia gravità e un andamento rapidamente progressivo, spesso con il riscontro nei giorni successivi al ricovero di trombosi in numerosi altri distretti vascolari, soprattutto venosi ma anche arteriosi, e in alcuni casi di alterazioni coagulative compatibili con una coagulopatia da consumo (coagulazione intravascolare disseminata).

Questo tipo di presentazione, cioè l'associazione tra trombocitopenia e complicanze trombotiche spesso multiple con un andamento clinico rapidamente ingravescente, è nota verificarsi in alcune forme trombotiche con base autoimmunitaria, come la sindrome da anticorpi antifosfolipidi "catastrofica", la porpora trombotica trombocitopenica, o la trombocitopenia indotta da eparina associata a trombosi.

In effetti, alcuni ricercatori tedeschi e successivamente norvegesi hanno rilevato in 16 casi di TSVC post-vaccinazione una positività per anticorpi contro il complesso tra fattore piastrinico 4 ed eparina, suggerendo che il meccanismo che innesca questa complicazione in soggetti non precedentemente esposti all'eparina possa essere quello definito come "trombocitopenia autoimmune indotta da eparina", forse innescato dalla formazione di complessi tra gruppi polianionici indotti dal vettore virale e fattore piastrinico 4 o dalla produzione di anticorpi generati dalla reazione infiammatoria al vaccino capaci di cross-reagire con le piastrine e il fattore piastrinico 4 (PF4). Non c'è però ancora evidenza che questo sia l'unico meccanismo fisiopatologico che innesca questa sindrome trombotica e almeno alcuni dei casi finora descritti non sono risultati positivi al test per la ricerca degli anticorpi anti complessi PF4/eparina. Rimane inoltre da definire per quale ragione questa reazione avversa si sviluppi esclusivamente in alcuni rari casi.

Meccanismi alternativi, descritti in precedenza con i vaccini contro SARS-CoV e MERS, definiti "incremento di malattia indotto da anticorpi" (ADE) e scatenati dall'attivazione

di specifici recettori di cellule infiammatorie da parte di immunocomplessi generatisi a seguito della vaccinazione, non possono essere esclusi.

4. Sono stati identificati dei fattori in grado di individuare i soggetti a maggior rischio di sviluppare queste manifestazioni tromboemboliche?

Al momento, la mancata definizione di un meccanismo fisiopatologico unitario alla base dei rari casi di trombosi dei seni venosi cerebrali e/o del distretto splancnico associata a vaccinazione da Vaxzevria rende impossibile identificare dei fattori di rischio da cercare nella popolazione generale. Ciò è particolarmente vero per la ricerca delle condizioni trombofiliche ereditarie più comuni (es. mutazione Leiden del Fattore V o G20210A del Fattore II in eterozigosi, deficit degli inibitori naturali della coagulazione), che si può stimare che siano presenti nel 5-6% della popolazione generale europea [6]. Ci si può quindi attendere che circa 5.000-6.000 persone ogni 100.000 soggetti vaccinati con Vaxzevria siano portatrici o portatori di queste anomalie coagulative, il che contrasta evidentemente con l'estrema rarità delle più gravi complicazioni trombotiche osservate (trombosi dei seni venosi cerebrali e/o del distretto splancnico).

La stessa interpretazione può essere data anche nel caso in cui siano presenti fattori di rischio, come ad esempio l'assunzione di estroprogestinici, che in Italia sono utilizzati da circa 2.300.000 donne. È noto da tempo che questi farmaci aumentano il rischio di TEV di circa 4 volte in tutte le donne, con qualche differenza a seconda dei vari tipi di composti [7]. Questo significa che il rischio assoluto annuo di avere un episodio di TEV per una donna di età <40 anni, eterozigote per la mutazione FV Leiden e che assume un preparato estroprogestinico, è nell'ordine dello 0.4%. [8].

Alla luce di questo rischio assoluto di TEV, molto contenuto anche nei soggetti con le più comuni condizioni di trombofilia ereditaria, è stato definito che uno screening trombofilico generalizzato prima dell'utilizzo dei composti estroprogestinici non offre alcun

vantaggio e non è quindi raccomandabile per nessuna donna [9].

Queste considerazioni si applicano a maggior ragione a condizioni cliniche estremamente rare, nell'ordine di qualche caso per milione di persone, come le trombosi venose in sedi atipiche segnalate in soggetti vaccinati con Vaxzevria o con il vaccino Janssen.

Pertanto, un ipotetico scenario in cui la vaccinazione agisse come trigger su una condizione di predisposizione congenita per portare a questi eventi trombotici atipici riguarderebbe all'incirca 1 soggetto trombofilico su 10.000 vaccinati.

L'insieme di questi dati evidenzia come le più comuni condizioni trombofiliche presenti nella popolazione non possano essere il determinante di tali casi, e che pertanto la loro ricerca sistematica prima della vaccinazione non sia in alcun modo raccomandabile.

5. Esistono dei farmaci in grado di prevenire queste manifestazioni tromboemboliche?

L'uso dei farmaci antitrombotici più comunemente disponibili - vale a dire l'acido acetilsalicilico (ASA), l'eparina non frazionata (ENF) e le eparine a basso peso molecolare (EBPM) - è associato ad un modesto, ma non trascurabile, aumento del rischio emorragico.

L'uso dell'ASA per la profilassi primaria degli eventi cardiovascolari, cioè in soggetti che non hanno mai avuto problematiche di questo tipo, è associato ad un rischio di emorragia maggiore stimabile nell'ordine di 23 casi /10.000 pazienti/anno [10], pari a 88 casi di emorragia maggiore per milione di pazienti in un arco temporale di 14 giorni, che corrisponde a quello in cui si è verificata la maggioranza degli eventi avversi trombotici segnalati a seguito della vaccinazione con Vaxzevria. Analogamente, l'uso dell'ENF e delle EBPM per la prevenzione del tromboembolismo venoso nei pazienti ricoverati per problematiche internistiche è associato ad un rischio di emorragie maggiori nell'ordine dello 0.3% entro 14 giorni dal ricovero [11], pari a 3.000 casi di emorragie maggiori per milione di soggetti. In base a queste considerazioni epidemiologiche, se si fosse utilizzata

una strategia di profilassi farmacologica generalizzata ci si sarebbe dovuto attendere circa 88 emorragie maggiori in più associate all'uso di ASA e 3000 all'uso di EBPM ogni milione di vaccinati con Vaxzevria.

Oltre a questa fondamentale considerazione di sicurezza va anche sottolineato come non vi siano evidenze scientifiche a supporto dell'ipotesi che ASA o EBPM siano efficaci nel ridurre il rischio di questi rarissimi eventi trombotici nei soggetti sottoposti a vaccinazione contro COVID-19 con Vaxzevria.

A fronte quindi di un rischio di eventi avversi gravi, come un'emorragia maggiore, ben quantificabile e rilevante, e di un beneficio non dimostrato in termini di riduzione del rischio tromboembolico, comunque assai basso, la prescrizione a scopo preventivo di farmaci antitrombotici nei soggetti sottoposti a vaccinazione è fortemente sconsigliato. Resta inteso che tali farmaci potranno essere continuati nei pazienti già in trattamento.

6. Quali sono i principali segni o sintomi clinici che devono indurre a sospettare tale evento avverso (trombosi dei seni venosi cerebrali e/o del distretto splancnico)? Cosa fare di fronte a tale sospetto?

L'insorgenza di una complicanza trombotica a livello del sistema venoso cerebrale o addominale va sospettata quando compaiono alcune manifestazioni cliniche suggestive, già note dalla letteratura e pratica clinica. In circa 9 casi su 10 le trombosi dei seni venosi cerebrali (TSVC) si presentano con cefalea di particolare intensità, che in genere i pazienti riferiscono come "mai provata prima". Più spesso il dolore è ingravescente, aumentando progressivamente nell'arco di un paio di giorni, ma altre volte può raggiungere la massima intensità in brevissimo tempo. In queste ultime situazioni, si associano anche nausea e vomito, fotofobia, diplopia, calo della vista o perdita di coscienza [12].

Altre manifestazioni cliniche della TSVC invece possono essere rappresentate da crisi epilettiche, presenti all'esordio o dopo la comparsa della cefalea e da deficit neurologici simili a quelli osservati dopo un ictus cerebri ischemico. Non bisogna dimenticare,

infatti, che le trombosi dei seni venosi cerebrali sono classificate sia tra le rare forme di trombosi venose che tra le rare forme di ictus. Vanno sempre sospettate in presenza di deficit neurologici di lato nei soggetti giovani, soprattutto se precedute o associate a cefalea.

Anche nelle trombosi delle vene addominali il sintomo più comune è il dolore, spesso diffuso e particolarmente intenso. Può associarsi a nausea e inappetenza. Altre volte si associa a sanguinamento gastrointestinale, soprattutto con emissione di feci frammiste a sangue. Si tratta però di una patologia più subdola, in cui il dolore è riferito come prima manifestazione da non più di 6 persone su 10 e che non di rado (fino a 1 caso su 3) è diagnosticata senza che fosse stata prima sospettata clinicamente. Per questo motivo in presenza di trombosi in altre sedi e piastrinopenia dopo somministrazione del vaccino è consigliabile studiare anche il circolo venoso addominale [12]. In presenza di uno o più sintomi precedentemente descritti insorti nei giorni successivi alla somministrazione del vaccino, ed in particolare se intorno al 7°-21° giorno, soprattutto quando il dolore è di particolare intensità e/o è associato ad altri sintomi o segni, è opportuno sottoporre rapidamente il paziente ad accertamenti diagnostici. Se la presentazione è importante, è fondamentale inviare immediatamente il paziente al Pronto Soccorso informando della recente vaccinazione. Resta inteso che qualora il quadro clinico sia dubbio perché presenti sintomi di intensità lieve o già accusati precedentemente alla vaccinazione si raccomanda un monitoraggio attento dell'andamento clinico.

7. Quali esami strumentali e di laboratorio sono indicati per la diagnosi iniziale dei casi di trombosi dei seni venosi cerebrali e/o del distretto addominale con piastrinopenia?

Nella valutazione di questi pazienti è importante eseguire subito: emocromo, PT, aPTT, fibrinogeno, D-dimero, esami di funzionalità epatica (transaminasi, bilirubina, fosfatasi alcalina, gamma-GT) e creatininemia. Nel sospetto di trombosi dei seni venosi

cerebrali l'esame di prima scelta oggi è l'angio-TC cerebrale, indicando al medico neuroradiologo il sospetto clinico così da poter studiare correttamente con il mezzo di contrasto i distretti venosi. Nel caso di dubbio o in alternativa, si può ricorrere all'angio-RMN. Il D-dimero ha dimostrato una buona sensibilità se eseguito entro 14 giorni dall'insorgenza dei sintomi per decidere, se negativo, di non sottoporre i pazienti agli esami radiologici. La determinazione del D-dimero in pazienti recentemente sottoposti a vaccinazione, tuttavia, è raccomandabile solo all'interno di percorsi diagnostici specialistici [13,14].

Nel sospetto di trombosi venosa addominale, in prima battuta, è possibile eseguire un'eco-color doppler. Questo esame è semplice e veloce da eseguire e, se eseguito in modo accurato è utile per diagnosticare le trombosi venose portal, spleniche e anche sovra-epatiche, ma perde di sensibilità diagnostica nelle trombosi venose mesenteriche. È consigliabile eseguire comunque un'angio-TC addominale sia per valutare l'estensione della trombosi sia in caso di riscontro ecografico sia in caso di negatività dell'esame ecografico stesso, soprattutto se il sospetto clinico è elevato (es. addominalgie ai quadranti inferiori, sanguinamento intestinale). Non ci sono dati sull'utilità del D-dimero nell'approccio diagnostico alle trombosi venose addominali [15,16].

8. Come si trattano le trombosi dei seni venosi cerebrali o del distretto splancnico con piastrinopenia?

L'incompleta conoscenza dei meccanismi patogenetici permette di esprimere solo dei suggerimenti, in buona parte derivati dall'esperienza generale e non validati in questa situazione specifica [17].

È indispensabile personalizzare le strategie terapeutiche antitrombotiche in base alla conta piastrinica osservata, anche in considerazione delle complicanze emorragiche osservate molto spesso in questi casi: in linea di massima un trattamento anticoagulante (o fibrinolitico) non va intrapreso in caso di conta piastrinica inferiore a 25.000/mmc, va somministrato a dosaggi ridotti (dimezzati) rispetto ai dosaggi standard in caso

di conta piastrinica compresa tra 25.000 e 50.000/mm³, può essere effettuato con dosaggi standard e con relativa sicurezza in caso di conta piastrinica superiore a 50.000/mm³. Naturalmente in caso di sanguinamento in atto o recente tali indicazioni vanno riviste modulando il trattamento a seconda della situazione clinica. Va ricordato che in caso di trombosi dei seni venosi cerebrali una quota di sanguinamento perisinusale è legata all'alterazione della circolazione e non costituisce controindicazione al trattamento, salvo la costituzione di ematomi parenchimali di grandi dimensioni o con ripercussioni cliniche. Quindi la strategia terapeutica complessiva deve tener conto, prioritariamente, della conta piastrinica, e del come eventualmente incrementarla. L'ipotesi di una patogenesi immunologica e l'osservazione positiva in alcuni casi fa suggerire in caso di piastrinopenia (definita come conta piastrinica <100.000/mm³) l'impiego di immunoglobuline e.v. (1 gr/kg /die per 2 giorni) associate a steroidi ad alte dosi (desametasone 40 mg/die e.v. per almeno 4 giorni o prednisone 1 mg/kg/die per 7-14 giorni). Tale strategia va attuata anche in caso di conta piastrinica compresa tra 50.000 e 100.000/mm³, non potendo escludere nei giorni successivi alla diagnosi una diminuzione significativa della conta piastrinica.

In caso di conta piastrinica critica (<25.000/mm³ e/o emorragia maggiore in atto) va considerato l'impiego di trasfusioni piastriniche che se pure controindicate in linea di principio a causa della possibile patogenesi immunologica, si sono dimostrate efficaci e sicure in alcuni dei casi segnalati. Rispetto alla scelta del tipo di anticoagulante, l'impiego di eparina non frazionata o di eparina a basso peso molecolare va escluso salvo accertamento della negatività degli anticorpi anti-PF4 (possibilmente confermata con test HIPA). Qualora tali test non siano attuabili in tempi brevi, si suggerisce di utilizzare come agente anticoagulante il fondaparinux. Qualora disponibile, si segnala che argatroban e.v. può presentare aspetti di migliore gradualità dell'intensità di trattamento in relazione

alla conta piastrinica (basandosi sui valori di aPTT) e migliore sicurezza potendosi interrompere il trattamento rapidamente in caso di sopraggiunte complicanze emorragiche. Tale trattamento dovrebbe essere preferito in caso di insufficienza renale, condizione che rende più problematica la gestione con fondaparinux.

9. Perché Vaxzevria ora è indicato preferenzialmente nei soggetti di età > 60 anni, a differenza di quanto inizialmente raccomandato?

Seguendo l'approvazione di EMA, AIFA ha autorizzato il vaccino Vaxzevria (ex COVID-19 AstraZeneca) il 30 gennaio 2021 [18], dando indicazione, in attesa di acquisire ulteriori dati, ad un suo utilizzo preferenziale in soggetti tra 18 e 55 anni. Questa scelta era giustificata dalla scarsità di dati disponibili negli studi registrativi relativi alla popolazione di età > 55 anni, sebbene una buona risposta anticorpale fosse già stata osservata nel campione limitato riferito a questa sottopopolazione. La disponibilità di ulteriori dati (provenienti soprattutto da studi osservazionali condotti in Regno Unito e Scozia e resi noti nel corso del mese di febbraio 2021) relativi a buoni risultati in termini di efficacia e sicurezza del vaccino in fasce d'età superiori [19,20], ha portato a due successive circolari del Ministero della Salute che hanno consentito l'utilizzo del vaccino dapprima in soggetti fino a 65 anni e poi anche in un'età > 65 anni. Successivamente, sono stati però segnalati rari eventi avversi gravi, verificatisi entro 14 giorni dalla somministrazione del vaccino Vaxzevria in soggetti nella maggior parte dei casi di età < 60 anni, prevalentemente donne, caratterizzati da trombosi in sedi inusuali spesso associate a piastrinopenia. Questi elementi hanno portato EMA, dopo una valutazione di tutti i dati di farmacovigilanza, ad aggiornare successivamente le informazioni di sicurezza del vaccino nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto e nel Foglio Illustrativo per il paziente. L'analisi dell'EMA ha confermato che il bilancio beneficio/rischio del vaccino Vaxzevria rimane complessivamente positivo, in quanto il vaccino è sicuramente efficace nel ridurre il rischio di malattia grave, ospedalizzazione e

morte connesso al COVID-19. Tale bilancio viene ritenuto progressivamente più favorevole al crescere dell'età, sia in considerazione dei maggiori rischi di sviluppare COVID-19 grave, sia per il mancato riscontro di un aumentato rischio degli eventi trombotici sopra descritti nei soggetti vaccinati di età superiore ai 60 anni.

Sulla base di tali considerazioni, una circolare del Ministero della Salute [21], tenendo conto del parere della Commissione Tecnico Scientifica (CTS) di AIFA espresso il 7 aprile 2021, ha raccomandato l'uso preferenziale del Vaxzevria in persone di età superiore a 60 anni. Una successiva circolare del Ministero della Salute [22], acquisito il parere della CTS del 20 aprile 2021, tenuto conto delle analogie esistenti tra i due vaccini (Janssen e Vaxzevria), sia per quanto riguarda le piattaforme utilizzate (vettore adenovirale in entrambi i casi) che per la tipologia di eventi (in particolare relativamente al quadro clinico e all'età di insorgenza), ha stabilito che per il vaccino Janssen debbano essere previste le stesse condizioni di utilizzo del vaccino Vaxzevria.

10. C'è un razionale per decidere cosa fare della seconda dose per i soggetti < 60 anni che hanno già assunto la prima dose di Vaxzevria?

Questa problematica riguarda solamente il vaccino Vaxzevria, in quanto il vaccino Janssen prevede una singola somministrazione.

Come si è visto, i casi di Vaccine-induced Immune Thrombotic Thrombocytopenia (VITT) riportati dopo la prima dose hanno riguardato pochi soggetti per milione di vaccinati, prevalentemente di sesso femminile, e concentrati nella fascia di età fra 25 e 60 anni.

La mancanza di una definizione del meccanismo eziopatogenetico alla base dei casi di trombosi venosa in sedi atipiche accompagnata da piastrinopenia rende difficile prevedere se, e in quale misura, tali complicazioni possano verificarsi dopo la seconda dose nei soggetti che si trovano nella fascia di età in cui si sono verificati la maggior parte dei casi di VITT. Un'ipotesi patogenetica prevede che

Vaxzevria, ed in particolare il vettore adenovirale di cui si serve, possa attivare con meccanismi ancora non definiti la cascata coagulativa e che ciò porti, in soggetti con predisposizioni non identificate, al raro fenomeno trombotico in sedi atipiche. In questo caso è ragionevole attendersi che con la prima somministrazione del vaccino si sia già avuta la cosiddetta “deplezione dei suscettibili” [23], ovvero una sorta di selezione dei soggetti che per ragioni non note sono più esposti all’azione di questi ipotetici meccanismi protrombotici, e che pertanto eventuali manifestazioni avverse siano ancora più rare a seguito della seconda dose.

Un’ipotesi alternativa porta a supporre che alla base delle manifestazioni trombotiche vi possa essere un meccanismo auto-immune, con la produzione di auto-anticorpi in grado di attivare la coagulazione. Questa ipotesi è stata suggerita dal gruppo tedesco di Greinacher e recentemente pubblicata sul New England Journal of Medicine [24], e prevede che Vaxzevria induca la produzione di auto-anticorpi che, attraverso un’interazione con il Platelet Factor 4, sono in grado di attivare le piastrine e la coagulazione

in generale, provocando un quadro pro-trombotico simile a quello che si osserva in corso di piastrinopenia da eparina (HIT).

Analoghe osservazioni della presenza di anticorpi anti-PF4 in soggetti con VITT sono state riportate anche da altri Gruppi [25,26], ed anche in associazione con un altro vaccino con vettore adenovirale [27].

In questa ipotesi la riosposizione al vaccino potrebbe portare a manifestazioni cliniche importanti in alcuni soggetti che in occasione della prima dose avevano già attivato una risposta immunitaria anomala, anche se clinicamente non evidente.

Anche se nella “classica” HIT non vi è evidenza che la ri-esposizione all’eparina a distanza di più di 3 mesi dal primo episodio sia associata ad una ricomparsa del fenomeno [28], nel setting particolare della vaccinazione con Vaxzevria non si può escludere che un soggetto che non abbia sviluppato la rara reazione coinvolgente le piastrine con la prima dose, non possa farlo con la seconda.

Alla data del 12 maggio sono stati riportati da parte della Medicines & Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) inglese 15 casi di trombosi

atipiche con piastrinopenia su circa 9 milioni di seconde dosi di Vaxzevria somministrate [3], il che sembrerebbe corrispondere, al momento, ad un segnale più debole di quello riscontrato per le prime dosi e comunque definibile come molto raro. Benché tale dato sembri avvalorare l’ipotesi della “deplezione dei suscettibili”, e rassicurare sulla somministrazione delle seconde dosi, va osservato che non sono disponibili al momento informazioni sull’età e sesso di questi ultimi casi. Pertanto la sicurezza della somministrazione di Vaxzevria nei soggetti di età inferiore a 60 anni rimane un tema ancora aperto, e sul quale vi sono margini di incertezza.

Nonostante queste incertezze, il Gruppo di Lavoro Emostasi e Trombosi ritiene che il completamento della schedula vaccinale rappresenti la strategia di contrasto alla diffusione del virus SARS-Cov-2 che garantisce il migliore livello di protezione.

Nel contempo, l’attenta attività di farmacovigilanza già in atto consentirà di raccogliere dati aggiornati e stabilire l’eventuale necessità di formulare ulteriori raccomandazioni volte ad ottimizzare, ove appropriato, il profilo beneficio/rischio nel singolo paziente.

Bibliografia

1. <https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-vaccine-astrazeneca-benefits-still-outweigh-risks-despite-possible-link-rare-blood-clots>
2. Østergaard SD, Schmidt M, Horváth-Puhó E, Thomsen RW, Sørensen HT. Thromboembolism and the Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccine: side-effect or coincidence? Lancet. 2021 Mar 30;S01406736(21)00762.
3. Medicines & Healthcare products Regulatory Agency. Disponibile al sito: <https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-covid-19-vaccine-adverse-reactions/coronavirus-vaccine-summary-of-yellow-card-reporting>. Consultato: 6.5.2021.
4. EMA/CHMP/214855/2021 Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). Assessment report. 23 april 2021. Disponibile al sito: <https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/uevaxzevria-prevent-covid-19-article-53-procedure-assessment-report-en.pdf>. Consultato: 6.5.2021.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 Vaccine Tracker. Disponibile al sito: <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccinetracker.html#distribution-tab>. Consultato: 6.5.2021
6. Mannucci PM, Franchini M. Classic thrombophilic gene variants. Thromb Haemost. 2015 Nov;114(5):885-9. doi: 10.1160/TH15-02-0141.
7. Wu O, Robertson L, Langhorne P, Twaddle S, Lowe GD, Clark P et al. Oral contraceptives, hormone replacement therapy, thrombophilias and risk of venous thromboembolism: a systematic review. The Thrombosis: Risk and Economic Assessment of Thrombophilia Screening (TREATS) Study. Thromb Haemost 2005;94:17-25. doi: 10.1160/TH04-11-0759
8. Middeldorp S. Is thrombophilia testing useful? Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2011;2011:150-5. doi: 10.1182/asheducation-2011.1.150.
9. ISS-SNLG. Prevenzione delle complicanze trombotiche associate all’uso di estrogeni progestinici in età riproduttiva. CONFERENZA NAZIONALE DI CONSENSO. Roma, 18-19 settembre 2008. Disponibile al sito: https://www.researchgate.net/publication/336746477_Consensus_Conference_Prevenzione_delle_complicanze_trombotiche_associate_all_uso_di_estroprogestinici_in_eta_riproduttiva. Consultato: 8 aprile 2021
10. Zheng SL et al. Association of Aspirin Use for Primary Prevention With Cardiovascular Events and Bleeding Events: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2019 Jan 22;321(3):277-287. doi: 10.1001/jama.2018.20578;
11. Rosenberg DJ et al. External validation of the IMPROVE Bleeding Risk Assessment Model in medical patients. Thromb Haemost. 2016 Aug 30;116(3):530-6. doi: 10.1160/TH16-01-0003.
12. Riva N, Ageno W. Clinical manifestations and imaging tools in the diagnosis of splanchic and cerebral vein thromboses. Thromb Res. 2018;163:252-259.
13. Ferro JM, Boussier MG, Canhão P, Coutinho JM, Crassard I, Dentali F, di Minno M, Maino A, Martinelli I, Masuhr F, Aguiar de Sousa D, Stam J; European Stroke Organization. **European Stroke Organization guideline for the diagnosis and treatment of cerebral venous thrombosis** - endorsed by the European Academy of Neurology. Eur J Neurol. 2017;24(10):1203-1213
14. Silvis SM, de Sousa DA, Ferro JM, Coutinho JM. **Cerebral venous thrombo-**

sis. Nat Rev Neurol. 2017;13(9):555-565.

15. European Association for the Study of the Liver. ASL Clinical Practice Guidelines: Vascular diseases of the liver. J Hepatol. 2016;64(1):179-202.
16. Northup PG, Garcia-Pagan JC, Garcia-Tsao G, Intagliata NM, Superina RA, Roberts LN, Lismann T, Valla DC. Vascular Liver Disorders, Portal Vein Thrombosis, and Procedural Bleeding in Patients With Liver Disease: 2020 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. Hepatology. 2021;73(1):366-413
17. Gresele P, Marietta M, Ageno W, Marcucci R, Contino L, Donadini MP, Russo L, Tiscia GL, Palareti G, Tripodi A, Mannucci PM, De Stefano V. Management of cerebral and splanchnic vein thrombosis associated with thrombocytopenia in subjects previously vaccinated with Vaxzevria (AstraZeneca): a position statement from the Italian Society for the Study of Haemostasis and Thrombosis (SISTE). Blood Transfus 2021; DOI 10.2450/2021.0117-21
18. <https://www.aifa.gov.it/en/astrazeneca>
19. Vasileiou E, Simpson C R, Robertson C, Shi T, PhD, Kerr et Al Effectiveness of

first dose of COVID-19 vaccines against hospital admissions in Scotland: national prospective cohort study of 5.4 million people. Pre print https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3789264

20. Lopez Bernal J, Andrews N, Gower C, Stowe G, Robertson C, Tessier E et Al. Early effectiveness of COVID19 vaccination with BNT162b2 mRNA vaccine and ChAdOx1 adenovirus vector vaccine on symptomatic disease, hospitalisations and mortality in older adults in England <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.01.21252652v1.full.pdf+html>
21. Ministero della Salute. https://www.aifa.gov.it/documents/20142/0/79629_1.pdf
22. Ministero della Salute. ministero salute - circolare 16722-21.04.2021.pdf
23. Lipsitch M, Goldstein E, Ray GT, Fireman B. Depletion-of-susceptibles bias in influenza vaccine waning studies: how to ensure robust results. Epidemiol Infect. 2019 Nov 27;147:e306
24. Greinacher A, Thiele T, Warkentin TE, Weisser K, Kyrle PA, Eichinger S. Thrombotic Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCov-19 Vaccination. N Engl J Med. 2021 Apr 9. doi: 10.1056/NEJMoa2104840.

25. Schultz NH, Sørvoll IH, Michelsen AE, et al. Thrombosis and thrombocytopenia after ChAdOx1 nCov19 Vaccination. N Engl J Med 2021; doi: 10.1056/NEJMoa2104882.
26. Scully M, Singh D, Lown R et al. Pathologic Antibodies to Platelet Factor 4 after ChAdOx1 nCov-19 Vaccination. N Engl J Med 2021; doi: 10.1056/NEJMoa2105385.
27. See I, Su JR, Lale A, Woo EJ et al. US Case Reports of Cerebral Venous Sinus Thrombosis With Thrombocytopenia After Ad26.COV2.S Vaccination, March 2 to April 21, 2021. JAMA. 2021 Apr 30. doi: 10.1001/jama.2021.7517. Online ahead of print.
28. Warkentin TE, Kelton JG. Temporal aspects of heparin-induced thrombocytopenia. N Engl J Med. 2001;344(17):1286-1292.

Il presente documento è stato redatto dal Gruppo di Lavoro Emostasi e Trombosi (Walter Ageno, Valerio De Stefano -coordinatore-, Paolo Gresele, Pier Mannuccio Mannucci, Marco Marietta, Gualtiero Palareti) e rivisto e approvato dalla Commissione Tecnico-Scientifica di AIFA.

Domande e risposte sui vaccini COVID-19

Informazioni generali sulla vaccinazione per COVID-19

A partire da dicembre 2020, l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) ha raccomandato il rilascio provvisorio di autorizzazioni all'immissione in commercio condizionate per i vaccini COVID-19. L'AIFA recepisce le decisioni europee, autorizzando l'impiego di questi vaccini sul territorio nazionale.

1. Quale meccanismo di funzionamento hanno i vaccini anti COVID-19?

Il coronavirus SARS-CoV-2, responsabile della patologia ad esso associata COVID-19, utilizza una proteina

(denominata 'Spike') che sporge dal suo involucro per penetrare nelle cellule umane, in cui poi si riproduce. I vaccini attualmente disponibili sono stati messi a punto per indurre una risposta immunitaria in grado di bloccare la proteina Spike e di impedire quindi al virus di infettare le cellule. Questi vaccini introducono in alcune cellule dell'organismo umano non il coronavirus SARS-CoV-2 ma l'informazione genetica necessaria per produrre, per un breve tempo, la proteina Spike. La presenza di questa proteina estranea stimolerà il sistema immunitario a reagire contro di essa producendo anticorpi che, legandosi alla proteina Spike, impediranno al virus di entrare dentro le cellule e di infettarle. La presenza della proteina Spike estranea attiverà anche i linfociti T che guidano la produzione degli anticorpi e che uccidono le cellule infettate dal virus.

Alcuni di questi linfociti sopravvivono per vari mesi ('linfociti memoria') e permettono al sistema immunitario della persona immunizzata di attivare rapidamente una formidabile reazione contro una eventuale invasione di SARS-CoV-2.

2. La sperimentazione è stata abbreviata per avere presto questi vaccini?

Gli studi che hanno portato alla messa a punto dei vaccini COVID-19 non hanno saltato nessuna delle fasi di verifica dell'efficacia e della sicurezza previste per lo sviluppo di un medicinale, anzi, questi studi hanno visto la partecipazione di un numero assai elevato di volontari, circa dieci volte superiore a quello di studi analoghi per lo sviluppo di altri vaccini. La rapida messa a punto e approvazione si deve alle nuove tecnologie, alle ingenti risorse messe a disposizione in tempi molto rapidi e a un nuovo processo di valutazione da parte delle Agenzie regolatorie, che hanno valutato i risultati man mano che questi venivano ottenuti e non, come si faceva precedentemente, solo quando tutti gli studi erano completati.

3. Quanto dura la protezione indotta da questi vaccini?

La durata della protezione non è ancora definita con certezza perché fino ad ora il periodo di osservazione è stato necessariamente di pochi mesi, ma le conoscenze sugli

altri tipi di coronavirus suggeriscono che dovrebbe essere di almeno 9-12 mesi.

4. Le persone vaccinate possono trasmettere comunque l'infezione ad altre persone?

Lo scopo degli studi registrativi era di valutare l'efficacia dei vaccini nel proteggere dalla malattia COVID-19. Gli studi per stabilire se le persone vaccinate, infettate in modo asintomatico, possano contagiare altre persone sono in corso. Poiché è possibile che, nonostante l'immunità protettiva, in qualche caso il virus possa persistere nascosto nella mucosa nasale, le persone vaccinate e quelle che sono in contatto con loro devono continuare ad adottare le misure di protezione anti COVID-19.

5. I vaccini proteggono solo la persona vaccinata o anche i suoi familiari?

I vaccini proteggono la persona vaccinata, ma se siamo in tanti a vaccinarci, potremmo ridurre la circolazione del virus e quindi proteggere anche le persone che non si vaccinano: la vaccinazione protegge chi si vaccina, ma contribuisce a proteggere anche la comunità in cui si vive.

6. Sono state segnalate varianti del virus SARS-CoV-2: i vaccini saranno efficaci anche verso queste varianti?

Con una certa frequenza questo virus va incontro a mutazioni. La risposta immunitaria indotta dal vaccino protegge contro la maggior parte di queste varianti anche se, verso alcune di queste, l'efficacia della protezione può essere più bassa.

7. Perché non è possibile scegliere il vaccino?

La vaccinazione anti COVID-19 è un diritto riconosciuto a tutti, tuttavia il rischio di infettarsi e sviluppare la malattia in forma grave non è lo stesso per tutte le persone e, attualmente, la disponibilità di dosi non è la stessa per tutti i vaccini. Perciò, proprio per garantire la massima equità di accesso, è necessario seguire il [Piano strategico per la vaccinazione anti COVID-19](#) (Piano Vaccinale) elaborato dal Ministero della Salute.

I DESTINATARI DELLA VACCINAZIONE PER COVID-19

1. Chi ha diritto alla vaccinazione?

Tutte le persone residenti o comunque presenti sul territorio italiano con o senza permesso di soggiorno o documenti di identità, inclusi i possessori del codice STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) o ENI (Europeo Non Iscritto), i detentori del Codice Fiscale numerico o quanti ne sono privi, i possessori di tessera sanitaria scaduta e che rientrano nelle categorie periodicamente aggiornate dal Piano Vaccinale.

2. Chi ha già avuto un'infezione da COVID-19, confermata con test molecolare, può vaccinarsi?

Le persone che hanno avuto un'infezione da SARS-CoV-2 confermata da test molecolare (o antigenico di terza generazione), sia con sintomi sia senza sintomi, riceveranno un'unica dose di vaccino somministrata dopo almeno 3 mesi, ma non oltre 6 mesi dall'infezione. Al contrario, riceveranno le due dosi, se si tratta di persone immunocompromesse o che seguono una terapia immunosoppressiva. Si sottolinea l'inutilità di test sierologici o molecolari prima e dopo la vaccinazione.

3. Le persone che si infettano con SARS-CoV-2 dopo aver ricevuto la prima dose di vaccino devono ricevere la seconda dose?

Nelle persone con infezione da SARS-CoV-2 confermata da un test molecolare o antigenico 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. Come viene rilevata l'assenza di controindicazioni alla vaccinazione?

Prima della vaccinazione il personale sanitario pone alla persona da vaccinare una serie di semplici ma precise domande, utilizzando una scheda standardizzata e valuta se la vaccinazione possa essere effettuata o rinviata. Inoltre l'operatore verifica la presenza di controindicazioni o precauzioni particolari.

5. Chi sviluppa una reazione alla somministrazione del vaccino a chi lo può comunicare?

La segnalazione di una qualsiasi reazione alla somministrazione del vaccino può essere fatta al proprio medico di famiglia o a qualunque altro operatore sanitario, secondo il sistema nazionale di farmacovigilanza vigente. Inoltre, chiunque può segnalare in prima persona una reazione avversa utilizzando una delle modalità indicate sul sito AIFA. Per maggiori dettagli, si rimanda alle [FAQ sulla farmacovigilanza sui vaccini COVID-19 e ai rapporti mensili sulle reazioni avverse](#).

6. Le persone che hanno presentato una reazione avversa grave, di tipo allergico o non allergico, alla prima somministrazione di uno dei vaccini disponibili contro COVID-19 possono ricevere la seconda dose?

NO, le persone con una storia di reazioni gravi, allergiche e non, alla prima dose, NON devono sottoporsi alla seconda dose, ma devono rivolgersi a un Centro di riferimento con esperienza sulle reazioni alle vaccinazioni, per un approfondimento specialistico.

NB. Per "reazione avversa grave" si intende che abbia richiesto ricovero ospedaliero o necessità di trattamento prolungato, o rappresentato un pericolo per la vita.

7. Le donne in gravidanza o che stanno allattando possono vaccinarsi con i vaccini anti COVID-19?

I dati sull'uso dei vaccini anti COVID-19 durante la gravidanza e in allattamento sono tuttora molto limitati, tuttavia studi di laboratorio su

modelli animali non hanno mostrato effetti dannosi. In particolare, i vaccini non sono controindicati e non escludono a priori le donne in gravidanza dalla vaccinazione, perché la gravidanza, soprattutto se combinata con altri fattori di rischio come il diabete, le malattie cardiovascolari e l'obesità, potrebbe renderle maggiormente esposte a rischi in caso di malattia COVID-19 grave.

Per quanto riguarda l'allattamento al seno, sebbene non ci siano ancora studi specifici, sulla base della plausibilità biologica non è previsto alcun rischio che impedisca di continuare l'allattamento al seno. L'Istituto Superiore di Sanità, attraverso il progetto ItOSS, sta partecipando al dibattito nazionale e internazionale su questi aspetti e ha recentemente pubblicato un documento ([disponibile qui](#)) con l'obiettivo di sostenere i professionisti sanitari e le donne in gravidanza e allattamento nel percorso decisionale riguardo alla vaccinazione. In generale, infatti, l'uso del vaccino durante la gravidanza e l'allattamento dovrebbe essere deciso in stretta consultazione con un operatore sanitario, dopo aver considerato i benefici e i rischi.

8. Le donne in età fertile possono vaccinarsi con i vaccini anti COVID-19?

Gli studi effettuati sui modelli animali non indicano che vi siano effetti dannosi sulla capacità riproduttiva associati alla vaccinazione. Pertanto la vaccinazione è indicata anche nella donna in età fertile.

9. I bambini possono vaccinarsi con i vaccini anti COVID-19?

I vaccini disponibili non sono al momento autorizzati per persone con età inferiore a 16 anni (Comirnaty) e 18 anni (Moderna, Vaxzevria e Janssen).

CONDIZIONI PER LA VACCINAZIONE

1. Possono vaccinarsi le persone con malattie croniche, diabete, tumori, malattie cardiovascolari?

In caso di contagio da SARS-CoV-2, sono proprio queste le persone più

a rischio di una evoluzione grave della patologia COVID-19; è importante, quindi, che effettuino la vaccinazione.

2. Possono vaccinarsi le persone con allergie respiratorie (rinite, congiuntivite, asma bronchiale)?

Le persone che soffrono o hanno sofferto di allergia respiratoria possono vaccinarsi, rimanendo in osservazione, come tutti, per 15 minuti dopo l'iniezione. L'eventuale trattamento antiallergico in corso non deve essere sospeso. In corso di immunoterapia specifica, il vaccino va somministrato con un intervallo di 48 ore.

3. Possono vaccinarsi le persone con asma bronchiale persistente grave?

Per chi soffre di asma bronchiale persistente grave ben controllato dalla terapia è raccomandata la vaccinazione con osservazione prolungata a 60 minuti. In caso di asma non controllato la somministrazione del vaccino va rinviata fino a quando la situazione clinica non sia di nuovo sotto controllo. Se il controllo dell'asma non viene raggiunto nonostante la terapia ottimale, il vaccino deve essere somministrato sotto controllo medico in ambiente protetto (ospedaliero) con osservazione per 60 minuti.

4. Possono vaccinarsi le persone con allergie alimentari?

Le persone con allergie alimentari possono vaccinarsi rimanendo in osservazione, come tutti, per 15 minuti dopo l'iniezione. Chi ha presentato in precedenza reazioni allergiche gravi (anafilassi) agli alimenti deve rimanere sotto controllo medico per 60 minuti.

5. Possono vaccinarsi le persone con allergie a farmaci o ai loro eccipienti?

Le persone con allergie ai farmaci possono vaccinarsi rimanendo in osservazione, come tutti, per 15 minuti dopo l'iniezione. Chi ha presentato in precedenza reazioni allergiche gravi (anafilassi) a farmaci deve rimanere sotto controllo medico per almeno 60 minuti. Le persone con sospetta

allergia GRAVE agli eccipienti polietilenglicole (PEG), macrogol, polisorbato, prima di ricevere il vaccino COVID-19 devono essere indirizzate a uno specialista allergologo.

6. Possono vaccinarsi le persone con allergie da contatto (dermatiti)?

Le persone con una storia di dermatite da contatto possono vaccinarsi.

7. Possono vaccinarsi le persone con allergie al lattice?

Sì, perché tutti i vaccini COVID-19 attualmente in uso non contengono lattice. Tuttavia è necessario informare il centro vaccinale che si è allergici al lattice in modo tale che la vaccinazione venga effettuata con materiale latex free. In caso di reazione allergica grave (anafilassi) da lattice il tempo di osservazione dopo vaccinazione viene prolungato a 60 minuti.

8. Possono vaccinarsi le persone con mastocitosi?

Per la vaccinazione delle persone affette da mastocitosi si raccomanda, come avviene per i vaccini di routine, la copertura anti-istaminica per via orale da 1 giorno prima a 5 giorni dopo la vaccinazione, e di rimanere sotto controllo medico per almeno 60 minuti dopo l'iniezione. Se la persona ha manifestato ripetute anafilassi da fattori scatenanti diversi o da cause sconosciute (anafilassi idiopatica) deve essere vaccinata in ambiente protetto.

9. Possono vaccinarsi le persone con malattia celiaca o malattie autoimmuni organo-specifiche (es. tiroidite di Hashimoto)?

Le persone con malattia celiaca o malattie autoimmuni organo-specifiche possono vaccinarsi, in quanto queste patologie non costituiscono una controindicazione alla vaccinazione.

10. Possono vaccinarsi le persone con malattie autoimmuni o con una documentata immunodeficienza?

Le persone con malattie autoimmuni che non abbiano controindicazioni possono ricevere il vaccino. La tera-

pia in corso può essere modulata in base alle indicazioni dello specialista che ha in cura il paziente. I dati relativi all'uso nelle persone immunodepresse (il cui sistema immunitario è indebolito) sono in numero limitato. Sebbene queste persone possano non rispondere altrettanto bene al vaccino, non vi sono particolari problemi di sicurezza. Le persone immunocompromesse possono essere vaccinate in quanto potrebbero essere ad alto rischio di sviluppare la patologia COVID-19.

NB: Per ulteriori indicazioni per la gestione dei soggetti con allergie gravi, malattie autoimmuni e immunodeficienze, si consiglia di fare riferimento alle raccomandazioni delle Società Scientifiche periodicamente aggiornate.

I VACCINI PER COVID-19 ATTUALMENTE DISPONIBILI

I vaccini a mRNA

1. Come agiscono i vaccini a mRNA?

I due vaccini basati su molecole di acido ribonucleico, i vaccini a mRNA, approvati per la campagna vaccinale contro COVID-19 fanno arrivare in alcune cellule della persona immunizzata un piccolo segmento di mRNA che contiene le istruzioni per produrre temporaneamente la proteina Spike, una proteina presente sulla superficie del coronavirus SARS-CoV-2.

In questi vaccini, il piccolo segmento di mRNA del virus è inserito all'interno di microscopiche vescicole lipidiche che, fondendosi con le cellule umane, lo conducono all'interno della cellula. Qui, il segmento di mRNA virale avvia la produzione temporanea delle proteine Spike che, riconosciute come estranee, stimolano la risposta immunitaria, con l'attivazione dei linfociti e la produzione di anticorpi.

Dopo la vaccinazione, alcuni dei linfociti che hanno reagito contro la proteina Spike sopravvivono per vari mesi. La presenza di questi "linfociti memoria" permetterà al sistema im-

munitario della persona immunizzata di attivare rapidamente una formidabile risposta contro un'eventuale invasione del virus del COVID-19.

2. I vaccini a mRNA possono provocare la malattia COVID-19 o altre alterazioni genetiche?

Questi vaccini non utilizzano virus attivi, ma solo una componente genetica. Non sono coinvolti virus interi o vivi, perciò i vaccini non possono causare malattie. L'mRNA dei vaccini, come tutti gli mRNA prodotti dalle cellule, si degrada naturalmente dopo pochi giorni nella persona che lo riceve.

Vaccino Pfizer mRNA BNT162b2 (Comirnaty)

1. Che cos'è e a che cosa serve?

COVID-19 mRNA BNT162b2 (Comirnaty) è un vaccino destinato a prevenire la malattia COVID-19 nei soggetti di età pari o superiore a 16 anni (è stato il primo a essere autorizzato in Italia, il 22 dicembre 2020). Il vaccino non contiene il virus e non può provocare la malattia.

2. Come viene somministrato?

Comirnaty viene somministrato in due iniezioni, solitamente nel muscolo della parte superiore del braccio, a distanza di almeno 21 giorni l'una dall'altra.

Qualora si rendesse necessario dilazionare di alcuni giorni la seconda dose, la Commissione Tecnico Scientifica di AIFA precisa che non è possibile superare in ogni caso l'intervallo di 42 giorni. Per ottenere una protezione ottimale è sempre necessario completare il ciclo di vaccinazione con la seconda dose.

3. Che cosa contiene?

Comirnaty contiene una molecola denominata RNA messaggero racchiusa in liposomi formati da ALC-0315 e ALC-0159 per facilitare l'ingresso nelle cellule. Gli ingredienti inattivi (eccipienti) sono: ((4-idrossibutil)azanediil)bis(esano-6,1-diil)bis(2esildecanoato) (ALC-0315), 2-[[polietilenglicole]-2000]-N, N-ditetradecilacetammide (ALC-0159), 1,2-distearoil-sn-glicerolo-3-fosfolina (DSPC), colesterolo, potassio clo-

ruro, potassio diidrogeno fosfato, sodio cloruro, fosfato disodico diidrato, saccarosio, acqua per preparazioni iniettabili.

4. Come sono stati condotti gli studi clinici registrativi?

Uno studio clinico di dimensioni molto ampie ha dimostrato che Comirnaty 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).

5. Quanto è efficace?

I risultati di questi studi hanno dimostrato che due dosi del vaccino Comirnaty somministrate a distanza di 21 giorni l'una dall'altra possono impedire al 95% degli adulti dai 16 anni in poi di sviluppare la malattia COVID-19 con risultati sostanzialmente omogenei per classi di età, genere ed etnia.

Il 95% di riduzione si riferisce alla differenza tra i 162 casi che si sono avuti nel gruppo dei 18.325 che hanno ricevuto il placebo e i soli 8 casi che si sono avuti nei 18.198 che hanno ricevuto il vaccino.

6. La protezione è efficace subito dopo l'iniezione?

No, l'efficacia è stata dimostrata dopo una settimana dalla seconda dose.

7. Quali reazioni avverse sono state osservate nel corso degli studi sperimentali?

Le reazioni avverse osservate più frequentemente (più di 1 persona su 10) nello studio sul vaccino 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 1.000.

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

L'unica reazione avversa severa più frequente nei vaccinati rispetto al gruppo placebo è stato l'ingrossamento delle ghiandole linfatiche. Si tratta, comunque, di una patologia benigna che guarisce da sola.

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. 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, così da poter definire con sempre maggior precisione il tipo di profilo di rischio legato alla vaccinazione. Per maggiori dettagli, si rimanda alle [FAQ sulla farmacovigilanza sui vaccini COVID-19 e ai rapporti mensili sulle reazioni avverse](#).

9. Quali reazioni avverse sono state osservate durante la campagna vaccinale con Comirnaty?

Le reazioni avverse più frequentemente osservate durante la campagna vaccinale in corso sono reazioni non gravi, di entità lieve o moderata che, seppur fastidiose, si risolvono in poche ore o pochi giorni, spesso senza nemmeno ricorrere a trattamenti sintomatici (antidolorifico o simili). Il tasso totale di segnalazioni ricevute per questo vaccino è riportato nei rapporti mensili sulle reazioni avverse pubblicate nella [sezione dedicata del sito AIFA](#).

10. Come si prepara e si conserva il vaccino Comirnaty?

Si conserva 6 mesi a una temperatura compresa tra -90 °C e -60 °C. Durante il periodo di validità di 6 mesi, i flaconcini chiusi possono essere conservati e trasportati a una temperatura compresa tra 25 °C e -15 °C per un unico periodo di tempo della durata massima di 2 settimane, e possono essere nuovamente riportati a una temperatura compresa tra -90 °C e -60 °C.

Una volta scongelato, il vaccino non deve essere ricongelato. Dopo l'estrazione dal congelatore i dati sulla stabilità indicano che il flaconcino chiuso rimane stabile per un massimo di:

- 24 ore se conservato a temperature comprese tra -3 °C e 2 °C;
- 4 ore in totale se conservato a temperature comprese tra 8 °C e 30 °C; questo intervallo di tempo comprende anche le 2 ore a una temperatura non superiore a 30 °C indicate sopra. Va ricostituito con sodio cloruro al 0,9% prima dell'uso; una volta ricostituito va usato entro 6 ore a una temperatura compresa tra 2 °C e 30 °C.

La dose di vaccino che deve essere somministrata a ciascuna persona è di 0,3 ml. Il flaconcino multidose contiene, dopo diluizione, 2,25 ml e consente la somministrazione di 6 dosi anche se è possibile, utilizzando siringhe adeguate, ricavare una dose aggiuntiva completa. Eventuali residui provenienti da flaconcini diversi, anche appartenenti allo stesso numero di lotto, non dovranno mai essere mescolati.

Vaccino COVID-19 Vaccine Moderna mRNA -1273

1. Che cos'è e a che cosa serve?

COVID-19 Vaccine Moderna mRNA -1273 (Moderna) è un vaccino destinato a prevenire la malattia COVID-19 nelle persone a partire dai 18 anni di età. Si tratta del secondo vaccino COVID-19 autorizzato da AIFA in Italia, il 7 gennaio 2021, dopo il vaccino Comirnaty.

2. Come viene somministrato?

Il vaccino viene somministrato in due iniezioni, ciascuna da 0,5ml, solitamente nel muscolo della parte superiore del braccio, a distanza di 28 giorni l'una dall'altra. Qualora si rendesse necessario dilazionare di alcuni giorni la seconda dose, la Commissione Tecnico Scientifica di AIFA precisa che non è possibile superare in ogni caso l'intervallo di 42 giorni. Per ottenere una protezione ottimale è sempre necessario completare il ciclo di vaccinazione con la seconda dose.

3. Che cosa contiene?

Moderna contiene una molecola denominata RNA messaggero racchiuso in piccolissime vescicole (liposomi).

Gli ingredienti inattivi (eccipienti) sono: lipide SM-102, colesterolo, 1,2-distearoil-sn-glicerolo-3-fosforilcolina (DSPC), 1,2-dimiristoil-rac-glicerolo-3-metossipoli-etilenglicole-2000 (PEG2000 DMG), trometamolo, trometamolo cloridrato, acido acetico, sodio acetato triidrato, saccarosio, acqua per preparazioni iniettabili.

4. Come sono stati condotti gli studi clinici registrativi?

Uno studio clinico di dimensioni molto ampie ha dimostrato che il vaccino Moderna è efficace nella prevenzione di COVID-19 nei soggetti a partire dai 18 anni di età. Il profilo di sicurezza ed efficacia di questo vaccino è stato valutato nel corso di ricerche svolte negli Stati Uniti, a cui hanno partecipato 99 centri su tutto il territorio, che hanno coinvolto 30.420 persone a partire dai 18 anni.

I partecipanti sono stati suddivisi in due gruppi: 15.210 hanno ricevuto il vaccino e altrettanti il placebo, un

prodotto identico in tutto e per tutto al vaccino, ma non attivo. Oltre la metà (58,6%) dei partecipanti aveva un'età compresa tra 18 e 64 anni, il 24,8% aveva 65 anni o più e il 16,7% un'età inferiore a 65 anni ma con malattie concomitanti che aumentavano il rischio di malattia COVID-19 grave. Il 47,3% erano donne.

Complessivamente, nel gruppo che ha ricevuto il vaccino, sono stati registrati 11 casi di malattia COVID-19, contro 185 nel gruppo che ha avuto il placebo e che fungeva da controllo: il vaccino ha quindi dimostrato un'efficacia del 94,1% nel prevenire l'infezione con sintomi da SARS-CoV-2 rispetto al placebo.

5. Quanto è efficace?

I risultati di questi studi hanno dimostrato che due dosi del vaccino Moderna, somministrate a distanza di 28 giorni l'una dall'altra, sono state in grado di impedire al 94,1% degli adulti dai 18 anni, vaccinati, di sviluppare la malattia COVID-19. I casi riferiti erano 11 tra i vaccinati e 185 nel gruppo placebo: risultati sostanzialmente omogenei per classi di età, genere ed etnia.

Tutti i casi gravi di COVID-19 (30 in totale, con 1 decesso) verificatisi tra i partecipanti allo studio si sono registrati nel gruppo di controllo: risultati che confermano la capacità del vaccino di prevenire la forma severa della malattia provocata da SARS-CoV-2.

6. La protezione è efficace subito dopo l'iniezione?

No, l'efficacia è stata completata dopo due settimane dalla seconda dose.

7. Quali reazioni avverse sono state osservate nel corso degli studi sperimentali?

Gli effetti indesiderati più comuni sono stati dolore nel sito di iniezione (92%), affaticamento (70%), mal di testa (64,7%), dolori muscolari (61,5%), brividi (45,4%), nausea/vomito (23%), ingrossamento delle ghiandole linfatiche nel braccio dell'iniezione (19,8%), febbre (15,5%), gonfiore (14,7%) e arrossamento (10%) nel sito di iniezione. Le reazioni sono state generalmente di intensità lieve o mo-

derata e si sono risolte entro pochi giorni dalla vaccinazione. Sono state più frequenti dopo la seconda dose e nei partecipanti più giovani tra i 18 e i 65 anni, rispetto ai partecipanti di età superiore ai 65 anni.

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

La frequenza degli eventi avversi più severi è stata comparabile tra il gruppo di controllo (1,3%) e quello che ha ricevuto il vaccino (1,5%). In meno dello 0,5% dei casi, in entrambi i gruppi, gli eventi avversi sono stati tali da impedire la somministrazione della seconda dose. Non si registrano casi di patologie respiratorie associate al vaccino.

Per maggiori dettagli, si rimanda alle [FAQ sulla farmacovigilanza sui vaccini COVID-19](#) e ai [Rapporti mensili sulle reazioni avverse](#).

9. Quali reazioni avverse sono state osservate durante la campagna vaccinale con Moderna?

Le reazioni avverse più frequentemente osservate durante la campagna vaccinale in corso sono reazioni non gravi, di entità lieve o moderata che, seppur fastidiose, si risolvono in poche ore o pochi giorni, spesso senza nemmeno ricorrere a trattamenti sintomatici (antidolorifico o simili). Il tasso totale di segnalazioni ricevute per questo vaccino è riportato nei rapporti mensili sulle reazioni avverse pubblicate nella [sezione dedicata del sito AIFA](#).

10. Come viene preparato e conservato il vaccino Moderna?

Il vaccino viene conservato a temperature comprese tra -15° e -25°, ma è stabile tra i +2° e i +8° per 30 giorni se la confezione rimane integra. Il flaconcino multidose contiene 6,3 ml e non richiede diluizione; è quindi già pronto all'uso e consente la somministrazione di 10 dosi, anche se è possibile, utilizzando siringhe adeguate, ricavare un'undicesima dose completa.

Eventuali residui provenienti da flaconcini diversi, anche appartenenti allo stesso numero di lotto, non dovranno mai essere mescolati.

I vaccini a vettore virale

1. Qual è il meccanismo di azione dei vaccini a DNA che utilizzano gli adenovirus come trasportatori?

Alcuni vaccini approvati per la campagna vaccinale contro COVID-19 utilizzano gli adenovirus per fare arrivare all'interno delle cellule umane il frammento di DNA che contiene le istruzioni per produrre la proteina Spike presente sulla superficie del virus del COVID-19. Gli adenovirus utilizzati come trasportatori sono stati resi incapaci di replicarsi e quindi non possono diffondersi nell'organismo. In seguito alla vaccinazione, questi adenovirus trasportatori penetrano in alcune cellule della persona vaccinata dove il frammento di DNA trasportato dal virus avvia la produzione temporanea della proteina Spike.

La presenza di questa proteina estranea stimolerà il sistema immunitario a reagire producendo anticorpi che, legandosi alla proteina Spike, impediranno al virus del COVID-19 di entrare nelle cellule. La presenza della proteina Spike estranea attiverà anche i linfociti T che guidano la produzione degli anticorpi e che uccidono le cellule infettate dal virus.

Dopo la vaccinazione, alcuni dei linfociti che hanno reagito contro la proteina Spike sopravvivono per vari mesi. La presenza di questi "linfociti memoria" permetterà al sistema immunitario della persona vaccinata di attivare rapidamente una formidabile risposta contro una eventuale invasione del virus del COVID-19.

Questi vaccini non utilizzano virus interi, attivi o inattivati né frammenti del virus, ma solo un piccolo segmento di DNA che contiene le istruzioni per far produrre la proteina Spike. La produzione della proteina Spike estranea terminerà in breve tempo.

COVID-19 Vaccine AstraZeneca (Vaxzevria)

1. Che cos'è e a che cosa serve?

Il vaccino Vaxzevria è un vaccino destinato a prevenire la malattia COVID-19 nelle persone di età pari o superiore ai 18 anni. È il terzo vaccino autorizzato da AIFA in Italia (30

gennaio 2021). In Italia è attualmente raccomandato di preferenza per la popolazione dai 60 anni in su.

2. Come viene somministrato?

Vaxzevria è somministrato in due iniezioni, nel muscolo della parte superiore del braccio. Le persone che sono state vaccinate con la prima dose di Vaxzevria devono ricevere la seconda dose dello stesso vaccino per completare il ciclo di vaccinazione nel corso della dodicesima settimana e comunque a una distanza di almeno dieci settimane dalla prima dose.

3. Che cosa contiene?

Il vaccino è composto da un adenovirus di scimpanzé incapace di replicarsi (ChAdOx1 - Chimpanzee Adenovirus Oxford 1) e modificato per veicolare l'informazione genetica destinata a produrre la proteina Spike del virus SARS-CoV-2. È un organismo geneticamente modificato. La tecnologia del vettore virale utilizzata per questo vaccino è già stata testata con successo ed è utilizzata per prevenire altre malattie.

Gli ingredienti inattivi (eccipienti) sono: L-istidina, L-istidina cloridrato monoidrato, Magnesio cloruro esaidrato, Polisorbato 80 (E 433), Etanolo, Saccarosio, Sodio cloruro, Disodio edetato (diidrato), acqua per preparazioni iniettabili. Il vaccino non contiene conservanti.

4. Quale intervallo si prevede tra la somministrazione della prima e della seconda dose?

L'autorizzazione provvisoria all'uso di Vaxzevria da parte di EMA e di AIFA prevede la somministrazione della seconda dose del vaccino in un intervallo compreso tra 28 e 84 giorni dalla prima somministrazione. Tuttavia, nuovi dati raccolti da studi in corso sembrano offrire l'opportunità di indicare un intervallo più lungo tra la prima e la seconda dose. In particolare i nuovi dati, pubblicati in febbraio 2021 in preprint sulla rivista 'Lancet', indicano un'efficacia dell'82% quando la seconda dose viene somministrata nel corso della dodicesima settimana.

Ecco perché AIFA ritiene utile indicare la somministrazione della secon-

da dose del vaccino Vaxzevria idealmente nel corso della dodicesima settimana e comunque a una distanza di almeno dieci settimane dalla prima dose.

5. Come sono stati condotti gli studi clinici?

La valutazione dell'efficacia clinica di Vaxzevria è basata sull'analisi intermedia dei dati di due studi clinici, tuttora in corso, che hanno incluso persone di età superiore ai 18 anni: lo studio COV002 di fase II/III e lo studio COV003 di fase III, condotti rispettivamente nel Regno Unito e in Brasile. L'87% dei partecipanti aveva un'età compresa tra 18 e 64 anni, il 13% era di età pari o superiore a 65 anni. Il 55,1% dei soggetti era costituito da donne. Gli studi non hanno coinvolto persone colpite da malattie gravi o non controllate, con immunosoppressione severa, le donne in gravidanza e le persone che già avevano avuto la malattia COVID-19.

Un totale di 6.106 partecipanti hanno ricevuto due dosi di Vaxzevria, mentre 6.090 partecipanti al gruppo di controllo hanno ricevuto o un vaccino meningococcico o una soluzione salina.

A causa di vincoli logistici, l'intervallo tra la dose 1 e la dose 2 variava da 3 a 23 settimane con l'86,1% dei partecipanti che ha ricevuto le due dosi entro un intervallo da 4 a 12 settimane.

6. Quanto è efficace?

Nei soggetti vaccinati con il regime posologico approvato (2 dosi a distanza di 4-12 settimane l'una dall'altra) sono stati osservati 64 casi di COVID-19 su 5.258 individui vaccinati e 154 casi su 5.210 del gruppo di controllo. Complessivamente l'efficacia vaccinale di Vaxzevria è risultata pari al 59,5% nel prevenire la malattia sintomatica. Nei partecipanti che presentavano una o più comorbidità, l'efficacia del vaccino è stata molto simile (58,3%).

Nei partecipanti che hanno avuto la seconda dose dopo 12 settimane dalla prima, l'efficacia dopo 14 giorni dalla seconda dose è stata

dell'82,4% (vedi domanda "Quale intervallo si prevede tra la somministrazione della prima e della seconda dose?").

In tutti i partecipanti che hanno ricevuto almeno una dose di vaccino, a partire da 22 giorni dopo la prima dose non si sono osservati casi di ospedalizzazione (0%, su 8.032), rispetto a 14 casi (0,2%, su 8.026), di cui uno fatale, segnalati per il controllo.

7. La protezione è efficace subito dopo l'iniezione?

La protezione inizia da circa 3 settimane dopo la somministrazione della prima dose di Vaxzevria e persiste fino a 12 settimane. Tuttavia, fino a 15 giorni dopo la somministrazione della seconda dose la protezione potrebbe essere incompleta. Inoltre, come accade con tutti i vaccini, anche la vaccinazione con Vaxzevria potrebbe non proteggere tutti i soggetti vaccinati.

8. Quali reazioni avverse sono state osservate nel corso degli studi sperimentali?

La maggior parte delle reazioni avverse segnalate è stata di severità lieve o moderata e solitamente gli eventi si sono risolti entro pochi giorni dalla vaccinazione.

Rispetto a quanto osservato nei partecipanti più giovani, reazioni avverse, che sono comunemente previste con la somministrazione di un vaccino, sono state generalmente meno frequenti e più lievi nei partecipanti con più di 65 anni.

Negli studi clinici le reazioni avverse gravi dopo somministrazione di Vaxzevria sono state molto rare.

9. Quali reazioni avverse sono state osservate durante la campagna vaccinale con Vaxzevria?

Le reazioni avverse più frequentemente osservate durante la campagna vaccinale in corso sono la febbre, il mal di testa, i dolori muscolari o articolari. Si tratta di reazioni non gravi, di entità lieve o moderata che, seppur fastidiose, si risolvono in poche ore o pochi giorni, spesso senza nemmeno ricorrere a trattamenti sintomatici (antidolorifico o simili).

Il tasso totale di segnalazioni ricevute per questo vaccino è riportato nei rapporti mensili sulle reazioni avverse pubblicate nella [sezione dedicata del sito AIFA](#). Nel corso del mese di marzo 2021 il sistema di farmacovigilanza europeo ha ricevuto segnalazioni riguardanti eventi trombotici ed embolici successivi alla somministrazione del vaccino Vaxzevria.

L'EMA ha stabilito che i benefici del vaccino nel prevenire la malattia da COVID-19 (che a sua volta provoca problemi di coagulazione) superano abbondantemente i rischi, il vaccino non aumenta il rischio complessivo di eventi tromboembolici e non si riscontrano problemi riguardanti singoli lotti. Sono stati riscontrati rari eventi trombotici venosi in sedi inusuali, riconosciuti come possibili effetti indesiderati del vaccino Vaxzevria. Non sono stati confermati fattori di rischio predisponenti; poiché la maggior parte dei casi si sono verificati in persone di età inferiore ai 60 anni, il Ministero della Salute italiano ha raccomandato un uso preferenziale nelle persone di età superiore ai 60 anni e stabilito che chi ha già ricevuto una prima dose del vaccino Vaxzevria possa completare il ciclo vaccinale col medesimo vaccino.

10. Come viene preparato e conservato il vaccino Vaxzevria?

Il vaccino può essere conservato per 6 mesi a temperature comprese tra 2°C e 8°C, se la confezione rimane integra. Dopo l'apertura del flaconcino può essere conservato in frigorifero (2°C - 8°C) per non più di 48 ore e a temperatura ambiente (inferiore a 30°C) per un massimo di 6 ore. Trascorso questo periodo di tempo, il prodotto deve essere smaltito.

I flaconcini multidose possono contenere 8 oppure 10 dosi anche se è possibile, utilizzando siringhe adeguate, ricavare una o più dosi aggiuntive complete da 0,5 ml. In nessun caso è richiesta la diluizione: la sospensione è pronta all'uso. Eventuali residui provenienti da flaconcini diversi, anche se appartenenti allo stesso numero di lotto, non dovranno mai essere mescolati.

Vaxzevria contiene organismi geneticamente modificati, come consentito dalla deroga ad alcune disposizioni della direttiva 2001/18/CE, approvata dal Parlamento europeo nel mese di luglio 2020. Il vaccino non utilizzato e i rifiuti derivati da questo medicinale devono essere comunque smaltiti in conformità alle linee guida per gli Ogm o i rifiuti a rischio biologico. Le eventuali fuoriuscite devono essere disinfettate utilizzando prodotti attivi contro l'adenovirus.

COVID-19 Vaccine Janssen

1. Che cos'è e a che cosa serve?

Il vaccino COVID-19 Janssen è un vaccino a vettore virale destinato a prevenire la malattia da SARSCoV-2 (COVID-19) nelle persone di età pari o superiore ai 18 anni. È progettato per preparare il sistema immunitario a identificare e contrastare il SARS-CoV-2.

2. Come viene somministrato?

COVID-19 Vaccine Janssen è somministrato come singola dose da 0,5 ml esclusivamente mediante iniezione per via intramuscolare nella parte superiore del braccio.

3. Che cosa contiene?

Il principio attivo è l'adenovirus modificato (Ad26.COVS-2) che contiene il codice genetico della proteina Spike di SARS-CoV-2. È un organismo geneticamente modificato. Gli ingredienti inattivi (eccipienti) sono: 2-idrossipropil- β -ciclodestrina (HBCD), Acido citrico monoidrato, Etanolo, Acido cloridrico, Polisorbito 80, Sodio cloruro, Sodio idrossido, Citrato trisodico diidrate, acqua per preparazioni iniettabili. Questo vaccino non contiene adiuvanti, conservanti, materiali di origine animale o tessuto fetale.

4. Come sono stati condotti gli studi clinici?

La valutazione dell'efficacia clinica di COVID-19 Vaccine Janssen è basata sull'analisi intermedia di uno studio clinico di fase III (COV3001), randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo, attualmente ancora in corso, condotto negli Stati Uniti, in Sudafrica e in diversi paesi dell'Ame-

rica latina per valutare l'efficacia, la sicurezza e l'immunogenicità di una dose singola di COVID-19 Vaccine Janssen per la prevenzione di COVID-19 in adulti di età pari o superiore a 18 anni. Un totale di 21.895 adulti ha ricevuto COVID-19 Vaccine Janssen, mentre 21.888 adulti hanno ricevuto il placebo, cioè un prodotto identico in tutto e per tutto al vaccino, ma non attivo. I partecipanti sono stati seguiti per una mediana di 58 giorni (intervallo: 1-124 giorni) dopo la vaccinazione.

Sul totale dei partecipanti allo studio, l'efficacia del vaccino è stata però valutata su un campione di 39.321 individui (19.630 di coloro che hanno ricevuto il vaccino e 19.691 a cui è stato somministrato il placebo). Il 79,7% dei partecipanti che hanno ricevuto il vaccino aveva un'età compresa tra 18 e 64 anni, il 20,3% era di età pari o superiore a 65 anni. Il 44,3% dei soggetti erano donne; il 39,9% dei partecipanti presentava almeno una comorbidità associata ad aumentato rischio di progressione a COVID-19 severa.

5. Quanto è efficace?

Quattordici giorni dopo la vaccinazione, nelle persone vaccinate sono stati osservati 116 casi di COVID-19 su 19.630 a fronte dei 348 casi sui 19.691 del gruppo di controllo. Pertanto, l'efficacia vaccinale di COVID-19 Vaccine Janssen è risultata pari al 66,9% nel prevenire la malattia COVID-19 sintomatica da moderata a grave/critica. Il risultato include le persone di età uguale o superiore ai 60 anni.

L'efficacia osservata è stata del 66,1% dopo 28 giorni dalla vaccinazione (66 casi osservati tra le persone che avevano ricevuto il vaccino COVID-19 Janssen da almeno 28 giorni, rispetto a 193 casi nel gruppo placebo). Inoltre, a 14 giorni dalla vaccinazione, si sono verificati 14 casi severi nel gruppo delle persone vaccinate e 60 casi nel gruppo di controllo (efficacia 76,7% nel prevenire la malattia grave/critica), mentre dopo 28 giorni si sono verificati 5 casi nel gruppo vaccinato e 34 nel gruppo placebo (efficacia 85,4%).

Tra le persone che hanno presentato malattia severa a 14 giorni dalla vaccinazione - 14 tra i vaccinati e 60 del gruppo placebo - rispettivamente 2 e 6 casi hanno richiesto ospedalizzazione. Tre persone sono decedute (tutte nel gruppo placebo). Complessivamente, l'efficacia del vaccino è stata simile nei diversi gruppi analizzati in base a età, presenza di comorbidità, sesso ed etnia.

6. La protezione è efficace subito dopo l'iniezione?

La protezione con COVID-19 Vaccine Janssen inizia circa 14 giorni dopo la vaccinazione.

7. Quali reazioni avverse sono state osservate nel corso degli studi sperimentali?

La maggior parte delle reazioni avverse segnalate è stata di severità lieve o moderata e solitamente gli eventi si sono risolti entro pochi giorni dalla vaccinazione.

Rispetto a quanto osservato nei partecipanti più giovani, le reazioni avverse, che sono comunemente previste con la somministrazione di un vaccino, sono state generalmente meno frequenti e più lievi nei partecipanti con più di 65 anni. Rari effetti indesiderati (che si sono verificati in meno di 1 su 1.000 persone) sono stati l'ipersensibilità (allergia) e reazioni allergiche cutanee (orticaria).

Negli studi clinici le reazioni avverse gravi dopo somministrazione di COVID-19 Vaccine Janssen sono state molto rare.

8. Quali reazioni avverse sono state osservate durante la campagna vaccinale con Janssen?

Il 13 aprile 2021, aderendo a un principio di massima precauzione, dopo oltre 6 milioni e 800 mila vaccinazioni, la FDA ha raccomandato una pausa nell'uso del vaccino Janssen, a seguito di casi segnalati di un tipo raro e grave di coaguli di sangue in persone che avevano ricevuto il vaccino. In questi casi, è stato osservato un tipo di coagulo di sangue chiamato trombosi del seno venoso cerebrale (CVST) in combinazione con bassi livelli di piastrine (trombocitopenia). Tutti e sei i casi hanno interessato donne di età compresa tra 18 e 48 anni e i sintomi si sono verificati tra i 6 e i 13 giorni dopo la vaccinazione. In attesa della decisione di EMA, Johnson&Johnson ha deciso autonomamente di sospendere l'invio delle dosi in Unione europea.

Il 20 aprile il Comitato per la Valutazione del Rischio in Farmacovigilanza (PRAC) di EMA ha ritenuto i benefici del vaccino Janssen superiori ai rischi e ha confermato l'autorizzazione per tutta la popolazione over 18 anni. In Italia, Il Ministero della Salute, acquisito il parere della Commissione Tecnica Scientifica di AIFA, ne ha consigliato l'uso per le persone di età superiore ai 60 anni.

9. Come viene preparato e conservato il vaccino Janssen?

Il vaccino può essere conservato per 2 anni a una temperatura compresa tra -25 °C e -15 °C, se la confezione rimane integra. Una volta rimos-

so dal congelatore, il flaconcino del vaccino non aperto può anche essere conservato in frigorifero a una temperatura compresa tra 2 °C e 8 °C, protetto dalla luce, per un singolo periodo di massimo 3 mesi, senza superare la data di scadenza stampata sulla confezione. Una volta scongelato, il vaccino non deve essere ricongelato.

Dopo l'apertura il vaccino può essere conservato a una temperatura compresa tra 2 °C e 8 °C per un massimo di 6 ore oppure rimanere a temperatura ambiente (non superiore a 25°C) fino a 3 ore dopo la prima perforazione del flaconcino.

Il flaconcino multidose contiene 5 dosi da 0,5 ml, in nessun caso è richiesta la diluizione. Eventuali residui provenienti da flaconcini diversi, anche se appartenenti allo stesso numero di lotto, non dovranno mai essere mescolati.

COVID-19 Vaccine Janssen contiene organismi geneticamente modificati, come consentito dalla deroga ad alcune disposizioni della Direttiva 2001/18/CE, approvata dal Parlamento europeo nel mese di luglio 2020. Il vaccino non utilizzato e i rifiuti derivati da questo medicinale devono essere comunque smaltiti in conformità alle linee guida per gli Ogm o i rifiuti a rischio biologico. Le eventuali fuoriuscite devono essere disinfettate utilizzando prodotti attivi contro l'adenovirus.

*Ultimo aggiornamento
27 maggio 2021*

CERTIFICAZIONI TELEMATICHE DI MALATTIA

Informiamo gli iscritti che la segreteria dell'Ordine è in grado di rilasciare ai medici che ne dovessero avere necessità le credenziali di accesso al portale INPS per la compilazione dei certificati di malattia a I personale dipendente. Per ottenerle è necessario accedere alla segreteria personalmente.

Emergenza COVID 19

Gestione clinica e terapeutica dei pazienti nel setting domiciliare

Aggiornamento del decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 3 del 12.1.2021, della Regione Veneto

Allo stato attuale mancano solide evidenze che permettano di costruire linee guida o raccomandazioni basate unicamente sulle evidenze scientifiche, nel trattamento del paziente affetto da Covid-19 a domicilio.

Pur in tale contesto, i medici di famiglia, della continuità assistenziale e delle USCA curano i pazienti a domicilio, basandosi sulle evidenze disponibili, sui documenti redatti da enti di riferimento nazionali ed internazionali, sulla esperienza maturata in questo ultimo anno di Pandemia Covid-19 e sulla conoscenza del paziente.

L'obiettivo di questo documento è definire un indirizzo generale sulla gestione clinica e farmacologica in ambito domiciliare e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) dei casi di Covid-19 possibili, probabili o confermati secondo le vigenti definizioni di caso e con malattia lieve-moderata.

Ci sono numerosi studi in corso, finalizzati a trovare o confermare nuove evidenze scientifiche; il documento potrà quindi essere aggiornato di conseguenza, considerando l'evoluzione del quadro epidemiologico e il setting di cura.

CONSIDERAZIONI GENERALI PER LA GESTIONE CLINICA E TERAPEUTICA NEL SETTING DOMICILIARE DEI PAZIENTI

Presa in carico del paziente domiciliare

La conoscenza della storia clinica personale del paziente, la rilevazione

di sintomi e segni, il monitoraggio di parametri strumentali, l'esecuzione di esami di laboratorio e di diagnostica per immagini quando indicati, rappresentano gli elementi fondamentali sui quali basare la valutazione dell'evoluzione clinica nei pazienti con Covid-19 in cura domiciliare.

La valutazione multidimensionale tipica delle Cure Primarie inserisce nel processo decisionale la costante valutazione dell'ambiente domestico e familiare, delle risorse a disposizione per fornire assistenza e cura, del grado di resilienza, con l'obiettivo di garantire la sicurezza sia del paziente isolato che delle persone conviventi. In pazienti fragili con malattie in fase

avanzata, che desiderano continuare l'assistenza domiciliare anche in caso di quadro clinico grave, va considerata l'attivazione della Rete locale di Cure Palliative sia in attività di consulenza che di presa in carico.

Monitoraggio clinico e accertamenti strumentali

Nell'ambito della gestione domiciliare dei pazienti con Covid-19, la sorveglianza viene garantita dal MMG, anche con la collaborazione delle USCA, attraverso un monitoraggio giornaliero della situazione clinica del paziente sintomatico, sino alla risoluzione del quadro clinico o all'eventuale ricovero (DGR n. 1523 del 10.11.2020).

Stadio	Caratteristiche
Infezione asintomatica	Tampone positivo per SARS-CoV-2/diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, completa assenza di sintomi.
Malattia lieve	Paziente positivo, lieve sintomatologia (sintomi simil-influenzali, febbre (>38°C), tosse, anosmia/ ageusia, malessere, cefalea, mialgia). Assenza di dispnea/tachipnea e alterazioni radiologiche, nessun fattore di rischio, MEWS* <2.
Malattia moderata	SpO ₂ > 92% ed evidenza clinica o radiologica di polmonite. (Per pazienti con BPCO/ malattie polmonari croniche SpO ₂ > 88%), 2 > MEWS* < 5.
Malattia grave	SpO ₂ ≤ 5:92%, (pazienti con BPCO/ malattie polmonari croniche SpO ₂ ≤ 5:88%) frequenza respiratoria 30 atti/min (adulto), dispnea a riposo o dispnea in seguito a sforzo lieve, difficoltà nell'eloquio (test del cammino o della sedia con SpO ₂ < 90%) MEWS* ≥ 5.
Malattia critica	Insufficienza respiratoria, shock settico e/o insufficienza multiorgano.

Tabella 1. Classificazione dello stadio della patologia Covid-19 in relazione alle caratteristiche cliniche dei pazienti

* Modified Early Warning Score

In funzione dell'organizzazione aziendale, potranno essere attivati gli infermieri delle Cure Domiciliari (ADI) in stretto coordinamento con il MMG e l'eventuale USCA in supporto.

I Medici di Medicina Generale (MMG), grazie alla conoscenza diretta della propria popolazione di assistiti, rivestono quindi un ruolo importante nell'avvio di eventuali terapie necessarie per il trattamento dei pazienti sintomatici in caso di infezione da Covid-19. La terapia farmacologica necessita di un attento monitoraggio in considerazione del quadro clinico del paziente, nonché dell'evoluzione della malattia.

Nell'avvio della terapia farmacologica, il MMG potrà avvalersi della collaborazione di Medici Specialisti, in particolare di Infettivologo, Pneumologo o Geriatra. A tal riguardo è opportuno che le Aziende Sanitarie, sulla base della propria organizzazione, attivino percorsi di Telemedicina (es. Teleconsulto) che permettano un collegamento tempestivo tra Specialisti di riferimento, allo scopo individuati, ed i Medici sul territorio per garantire una gestione integrata delle cure domiciliari dei pazienti affetti da Covid-19. Qualora siano necessarie indagini di laboratorio, il personale dell'USCA e/o dell'ADI provvederà a garantire il prelievo a domicilio. Le stesse USCA inoltre, ai sensi della DGR n. 782/2020 e della DGR n.1103/2020, sono dotate di strumentazioni portatili (quali gli ECG) e pertanto potranno garantire l'esecuzione delle analisi richieste direttamente al domicilio del paziente. Nel caso in cui siano necessarie indagini radiologiche o altre indagini strumentali, ogni Azienda ULSS è tenuta, in base alla propria organizzazione aziendale, a garantire un percorso dedicato per pazienti Covid-19.

FASI DI EVOLUZIONE DELLA MALATTIA

Stadio 1. la fase iniziale dell'infezione: vi è un periodo di incubazione che può essere associato a sintomi lievi e non specifici, come, malessere, febbre e tosse secca.

In questo stadio, il virus SARS-CoV-2 colonizza specificatamente le vie

aeree dell'ospite legandosi all'enzima di conversione dell'angiotensina 2 (ACE2) e si moltiplica.

L'enzima ACE2 è coinvolto nella regolazione della pressione sanguigna e si trova sulle cellule dell'epitelio dove ha un ruolo protettivo rispetto ai danni causati da infezioni ed infiammazioni a livello polmonare. Tale azione viene inibita dal legame del virus con l'enzima. Questa fase virale della malattia nella maggior parte dei casi si risolve spontaneamente a domicilio senza ricovero del paziente.

Stadio 2, La fase intermedia: in taluni casi vi è l'evoluzione nella seconda fase della malattia polmonare accertata, che è caratterizzata dalla moltiplicazione, dal conseguente aumento della carica virale e dall'infiammazione localizzata a livello polmonare che si traducono in tosse, febbre e alterazioni respiratorie, come polmonite interstiziale molto spesso bilaterale.

In questa fase, il paziente deve essere monitorato attentamente poiché le manifestazioni infiammatorie polmonari possono essere inizialmente di moderata entità e progressivamente evolversi in instabilità clinica con insufficienza respiratoria.

In questa fase, la maggior parte dei pazienti Covid-19 deve essere inviata in ospedale per un attento approfondimento diagnostico, osservazione ed eventuale ricovero. Lo stadio II della malattia dovrebbe essere suddiviso

visivo nello stadio IIa (senza ipossia) e lo stadio IIb (con ipossia).

Stadio 3. la fase avanzata: una minoranza dei pazienti Covid-19 entra nello stadio più avanzato dell'infezione. Lo stadio 3 si manifesta come sindrome da "iper-infiammazione" sistemica extrapolmonare o "tempesta citochinica". In questa fase, i marker di infiammazione sistemica sono elevati. L'infezione da Covid-19 determina una diminuzione della conta dei linfociti T *helper*, soppressori e regolatori. Questa è la fase più critica dove si registra un interessamento sistemico degli organi causando anche shock, vasoplegia, insufficienza respiratoria, miocardite e collasso cardiopolmonare.

Il ruolo della coagulazione sistemica è rilevante e la reazione infiammatoria e trombotica scatenata dall'infezione è l'elemento costitutivo dell'ultimo stadio nell'evoluzione del Covid-19.

Gestione clinica e terapeutica dei pazienti affetti da Covid-19

Nei pazienti **asintomatici** non è indicata alcuna terapia.

La valutazione clinica ed il monitoraggio dei pazienti **sintomatici** sono presentati di seguito distinti in: "Valutazione iniziale del paziente: monitoraggio clinico" e "Valutazione del paziente con malattia moderata o sintomatologia in peggioramento".

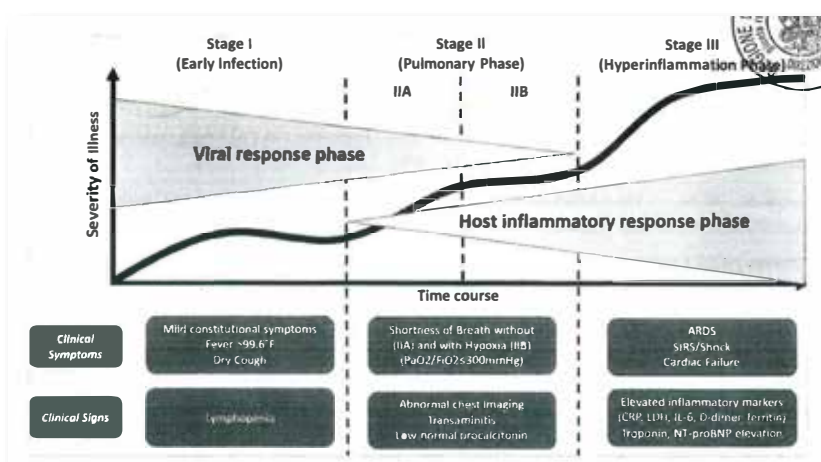


Figura 1 Classificazione degli stati patologici COVID-19 e potenziali bersagli terapeutici. Siddiqi e Mehra, J Heart Lung Transplant. 2020 May; 39(5): 405-407

VALUTAZIONE INIZIALE DEL PAZIENTE: MONITORAGGIO CLINICO

Fattori di rischio per peggioramento

- BMI $\geq$ 85esimo percentile per età e genere (12-17 anni);
- BMI $\geq$ 35 Kg/m² (> 17 anni);
- Dialisi peritoneale o emodialisi;
- Diabete mellito non controllato o con complicanze croniche;
- Immunodeficienza primitiva e secondaria;
- Anemia falciforme;
- Malattie cardiache congenite o acquisite;
- Malattia del neurosviluppo;
- Dipendenza da dispositivo tecnologico;
- Asma, BPCO o altre malattie respiratorie che richiedono medicazioni giornaliere per il loro controllo;
- Malattia cardio-cerebrovascolare;
- Età maggiore di 65 anni.

SATURAZIONE O₂

I pazienti **sintomatici** devono essere forniti di saturimetro a domicilio.

Necessità di ricovero/ospedalizzazione per valutazione in PS

Valutare:

- Presenza di ipossiemia moderata (PaO₂ <60 mmHg in aria ambiente o SpO₂ $\leq$ 92% in aria ambiente);
- Dispnea a riposo o dispnea per sforzi lievi (es. difficoltà nell'eloquio);
- Riduzione della SpO₂ al di sotto del 90% in aria ambiente durante il test del cammino;
- Punteggio del MEWS > 5;
- Alterazioni dello stato del sensorio (es. confusione, cambio nel comportamento) e/o altri segni o sintomi di ipo-perfusione e/o ipossia (es. ipotensione, anuria, cianosi, sindrome coronarica acuta, sincope ripetuta);
- Occorre porre particolare attenzione in pazienti con BPCO o pazienti con gravi patologie restrittive polmonari.

PROVVEDIMENTI TERAPEUTICI-COMPORTAMENTALI

- Non modificare terapie croniche in atto per altre patologie per il rischio di aggravamento delle condizioni preesistenti;
- Idratazione per via orale (se non controindicazioni);

Modified Early Warning Score (MEWS)

Cognome:	Nome:	Data di nascita:	Luogo di nascita:	Età:								
.....												
					3	2	1	0	1	2	3	Valore
Frequenza respiratoria						<9		9-14	15-20	21-29	>30	
Frequenza cardiaca						<40	41-50	51-100	101-110	111-129	>130	
Pressione Arteriosa Sistolica						<70	71-80	81-100	101-199		>200	
Livello di coscienza								Vigile	Risponde allo stimolo verbale	Risponde allo stimolo doloroso	Non risponde	
Temperatura corporea (°C)						<35		35-38,4			>38,5	
Comorbidità:												Totale:

- Adeguata alimentazione;
- *Paracetamolo o FANS (trattamento dell'a febbre): vedi riquadro dedicato;*
- Sedativi per la tosse (al bisogno);
- Consigliare in caso di tosse e dispnea l'auto-pronazione;
- Non prescrivere terapie per via aerosol (a meno che il paziente non sia già in terapia per patologia concomitante);
- In caso di diarrea evitare trattamenti che riducano la motilità intestinale;
- Consigliare astensione dal fumo;
- *Terapia eparinica: vedi riquadro dedicato;*
- *Si ricorda che non ci sono evidenze secondo cui i pazienti affetti da COVID-19 hanno un rischio aumentato di sovrainfezioni batteriche e pertanto, in caso di positività del tampone per SARS-Co V-2, l'utilizzo di antibiotico terapia con la sola motivazione della comparsa di febbre è fortemente sconsigliato: vedi riquadro dedicato.*

ANTINFIAMMATORI NON STEROIDEI (FANS)

In caso di febbre > 38° C o dolori articolari o muscolari (a meno di specifiche controindicazioni all'uso) è possibile somministrare paracetamolo (fino a 3 g/die, divisi in 3 dosi, ad almeno 6 ore di distanza) o FANS.

Sintesi dell'evidenza: Secondo alcuni autori, i FANS sarebbero da preferire al paracetamolo per la loro maggiore azione antinfiammatoria, ma non esistono chiare dimostrazioni in proposito, a fronte di studi, seppure di qualità metodologica limitata, che

evidenziano invece un aumento del numero di complicanze associate alla polmonite in caso di uso concomitante dei FANS.

Considerazioni particolari: Il MMG deve considerare il fatto che i FANS sono gravati da effetti collaterali, soprattutto nefrotossicità nei pazienti anziani con febbre e disidratazione.

Dosaggio: standard a seconda della molecola.

EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE (EBPM)

L'utilizzo di eparine a basso peso molecolare allo scopo di prevenire eventi trombo-embolici può essere considerato in presenza di fattori di rischio come l'obesità, le neoplasie in fase attiva, pregressi eventi trombo-embolici, condizioni favorevoli l'ipercoagulabilità, ridotta mobilitazione, gravidanza, terapia estroprogestinica, cateteri venosi centrali, recenti interventi chirurgici etc

Sintesi dell'evidenza: l'uso delle eparine a basso peso molecolare nella profilassi degli eventi tromboembolici nel paziente medico con infezione respiratoria acuta allettato o con ridotta mobilità è raccomandato dalle principali linee guida in assenza di controindicazioni. Ciò si applica, in presenza delle suddette caratteristiche, sia a pazienti ricoverati, sia a pazienti gestiti a domicilio o nell'ambito delle case di riposo o RSA.

Con riferimento specifico al paziente affetto da COVID-19, pur in mancanza

di letteratura specifica a supporto della profilassi antitrombotica, le EBPM possono trovare impiego nel paziente che presenti fattori predisponenti. In questi pazienti, l'EBPM dovrà essere usata a dose profilattica allo scopo di prevenire il tromboembolismo venoso secondo le indicazioni registrate. La profilassi antitrombotica andrebbe proseguita sino alla completa scomparsa della sintomatologia clinica e ripresa funzionale del soggetto.

Considerazioni particolari: la profilassi antitrombotica deve essere evitata in tutti quei pazienti che abbiano un alto rischio di sanguinamento e/o cadute a terra. Nel caso in cui il paziente assuma già un anticoagulante orale (AVK o NAO) questa terapia va proseguita senza aggiunta di ulteriori farmaci anticoagulanti.

Dosaggio: le dosi consigliate per l'uso profilattico nelle indicazioni registrate, dipendono dal farmaco scelto e dalle caratteristiche del paziente, come indicato nella scheda del farmaco (es. enoxaparina 4000 UJ/die). Le EBPM, negli usi autorizzati, possono essere prescritte a carico del SSN dal MMG o dallo specialista e vengono rese disponibili nel territorio in Distribuzione per Conto (DPC) attraverso le farmacie pubbliche e private convenzionate.

ACIDO ACETILSALICILICO

La prevenzione dell'attività trombotica delle piastrine mediante acido acetilsalicilico potrebbe prevenire l'aggravamento dei pazienti Covid-19. Il trattamento con acido acetilsalicilico in profilassi può essere considerato nei pazienti Covid-19, salvo specifiche controindicazioni e/o concomitante somministrazione di farmaci anticoagulanti.

Sintesi dell'evidenza: ad oggi sono stati condotti solo alcuni studi osservazionali che parrebbero suggerire un'efficacia dell'acido acetilsalicilico nel ridurre le complicanze trombotiche correlate all'infezione da SARS-CoV-2. Studi randomizzati controllati sono in corso per valutare una eventuale efficacia sulla progressione di malattia verso la forma severa.

Dosaggio: la dose di acido acetilsalicilico prevista è di 100 mg al giorno

in singola somministrazione orale in formulazione non gastroprotetta. Il timing del trattamento e la durata non sono, ad oggi, definiti, ma appare ragionevole l'assunzione durante il periodo di infiammazione.

OSSIGENOTERAPIA

In Regione Veneto, con Decreto del Direttore Generale Area e Sanità Sociale n.113 del 26.9.2013 è stato approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT) per l'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (ODLT) nel paziente adulto, individuando in particolare lo Pneumologo come unico specialista abilitato alla prescrizione della ODLT attraverso un modulo di prescrizione definito.

Per la durata dell'emergenza sanitaria, nel caso di gestione domiciliare/RSA di pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, è stato attivato un percorso specifico di ossigenoterapia domiciliare, consentendo al MMG, al medico dell'USCA, al medico di Continuità Assistenziale o al medico del Pronto Soccorso, di rilasciare una prescrizione transitoria di ossigenoterapia domiciliare della durata massima di 60 giorni, compilando il modulo specifico (Indicazione all'ossigenoterapia: SpO₂ a riposo ≤92%) allegato in calce al presente documento.

Qualora la richiesta di attivazione dell'ossigenoterapia domiciliare sia effettuata dal medico dell'USCA, questa deve in ogni caso essere comunicata tempestivamente al MMG del paziente.

I moduli previsti, debitamente compilati dal medico delle USCA o dal MMG, saranno gestiti secondo i percorsi organizzativi già definiti da ciascuna Azienda sanitaria, per la successiva attivazione del servizio di ossigenoterapia domiciliare.

Per tutti i casi sopra descritti, posto che la validità massima della prescrizione transitoria è di 60 giorni, qualora sussista successivamente la necessità di proseguire la terapia con ossigeno, il paziente dovrà essere preso in carico dalla Pneumologia di riferimento dell'Azienda ULSS di residenza dell'assistito, nel rispetto del soprarichiamato PDT regionale.

Al fine di garantire una tempestiva attivazione dell'ossigenoterapia domiciliare, le Aziende Sanitarie provvedono ad integrare i contratti in essere relativi alla fornitura di OTD, prevedendo l'attivazione del Servizio di pronta fornitura a domicilio di Ossigenoterapia (entro 12 ore dalla richiesta) attivo 7 giorni su 7, includendo, laddove non già previsto, tutte le tipologie di fornitura di ossigeno (ossigeno liquido e concentratori; ossigeno gassoso in emergenza e per brevi periodi), sulla base delle necessità e della propria organizzazione territoriale.

Rimane valida, per le situazioni di urgenza, la possibilità di prescrizione dell'ossigeno gassoso disponibile in farmacia (se viene prescritto 1-2 L/minuto, una bombola di ossigeno da 3000 L dura mediamente 2 giorni).

TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI

Ad oggi AIFA ha definito le condizioni di impiego degli anticorpi monoclonali bamlanivimab, con Determina DG n. 274/2021 del 6/02/2021 e bam/anivimab-etesevimab, con Determina DG n. 318/2021 del 17/03/2021; a breve sarà inoltre disponibile anche l'associazione di anticorpi monoclonali casirivimab/imdevimab (già approvata da FDA).

Per il dettaglio dei criteri di eleggibilità ed il processo di segnalazione agli ambulatori competenti è stato adottato uno specifico documento regionale (trasmissione con Nota del Direttore Generale Area Sanità e Sociale prot. n.117057 del 12.3.2021) che affida tra l'altro, al MMG il compito di identificare precocemente i pazienti entro 10 giorni dall'esordio dei sintomi, utilizzando i criteri di selezione stabiliti da AIFA, e di riferirli ai Centri di infusione allo scopo dedicati.

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE CON MALATTIA MODERATA O SINTOMATOLOGIA IN PEGGIORAMENTO (DOPO ALMENO 3 GIORNI)

Monitoraggio Clinico

Riconsiderare la necessità di ospedalizzazione (vedi riquadro dedicato superiore).

Accertamenti strumentali

A giudizio del MMG sulla base del quadro clinico, delle comorbidità e dei percorsi predisposti da ciascuna realtà territoriale considerare l'effettualità di:

- Emocromo con formula, funzionalità epatica e renale, coagulazione, D-Dimero, PCR;
- Indagini radiologiche (ecografia, radiografia).

Terapie farmacologiche

- Proseguire terapia eparinica (vedi riquadro superiore per le indicazioni);
- Valutare terapia steroidea (vedi riquadro dedicato);
- Valutare terapia antibiotica (solo nel sospetto di sovrainfezione batterica, vedi riquadro dedicato).

CORTICOSTEROIDI

L'utilizzo di steroidi come terapia domiciliare si può considerare nelle fasi più evolute della malattia, in particolare se c'è un sospetto di coinvolgimento polmonare (riduzione della saturazione, segni obiettivi o esami strumentali compatibili con polmonite interstiziale), o in caso di persistenza (o ricomparsa) della sintomatologia febbrile ad almeno 5-7 gg dall'esordio della malattia.

Sintesi dell'evidenza: ad oggi, i corticosteroidi, in particolare il desametasone, hanno dimostrato un evidente beneficio clinico in termini di riduzione della mortalità nei pazienti ospedalizzati con malattia grave in ossigenoterapia o ventilati. Esperienze aneddotiche suggeriscono l'utilità dei corticosteroidi anche nelle fasi più precoci della malattia, sfruttandone le proprietà antinfiammatorie.

Tuttavia, studi recenti documentano come l'utilizzo di steroidi nelle fasi iniziali di malattia potrebbe rallentare la clearance di SARS-CoV-2.

Considerazioni particolari: l'utilizzo è sconsigliato nelle fasi precoci di malattia.

Dosaggio: il dosaggio raccomandato per il desametasone negli adulti è di 6 mg una volta al giorno massimo di 10 giorni.

Eventuali altri corticosteroidi dovrebbero essere utilizzati a dosaggi equivalenti, in particolare, le linee-guida IDSA e l'AR-CHMP suggeriscono: metilprednisolone 32 mg, prednisone: 40 mg, idrocortisone: 160 mg (per la specificità del singolo principio attivo è sempre opportuno riferirsi alle rispettive schede tecniche).

ANTIBIOTICI

L'utilizzo routinario di antibiotici nel paziente a domicilio o nelle RSA non è consigliato. È pertanto necessario riservare l'uso degli antibiotici solo ai casi di fondato sospetto di contestuale infezione batterica (tosse con escreato purulento, dolore puntorio all'inspirazione, addensamenti polmonari clinicamente sospetti o documentati radio/ogicamente, esami ematochimici compatibili). Si noti che la ricomparsa della sintomatologia febbrile è spesso da imputarsi all'andamento bifasico dell'infezione da SARS-CoV-2 e non deve necessariamente essere imputata ad una sovrainfezione batterica.

Sintesi dell'evidenza: non ci sono dati sulle co-infezioni batteriche o virali nei pazienti COVID-19 lieve/modesto che non richiede ospedalizzazione. In una recente revisione sistematica della letteratura, solo il 7% dei pazienti ricoverati con COVID-19 ha avuto una co-infezione batterica (incluso sia i casi ad acquisizione comunitaria che ospedaliera), con percentuale più elevata nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva (14%) vs quelli in degenza ordinaria (4%). Vi sono forti evidenze che l'utilizzo inappropriato di antibiotici determini la colonizzazione del paziente da parte di batteri con resistenza che potrebbero essere responsabili di infezioni da batteri multi-resistenti (MDR).

Dosaggi e molecole consigliate:

- Amoxicillina/clavulanato alla dose di 875/125 mg ogni 8h per os per 5 giorni;
- Nei soggetti allergici alle penicilline potrà essere utilizzata in alternativa la doxiciclina per via orale alla dose di 100 mg ogni 12h o claritromicina alla dose di 500mg ogni 12h per 5 giorni;

- Inoltre, sempre in caso di allergia alle penicilline, è possibile utilizzare come alternativa, dopo attenta valutazione clinica, levofloxacina alla dose di 750mg ogni 24h per 5 giorni; si ricorda di utilizzare con cautela la levofloxacina negli anziani, nei pazienti con compromissione renale e trapiantati per maggiore rischio di tendinite e rottura del tendine. **EVITARE l'uso concomitante di corticosteroidi poiché la co-somministrazione potrebbe esacerbare la tendinite o la rottura del tendine indotta da fluorochinoloni tenendo presente l'aumentato rischio di effetti avversi;**
- Nel caso di pazienti non in grado di assumere la terapia per via orale si consiglia l'utilizzo di ceftriaxone 2 gr intramuscolo/ev die per 5 giorni.

Considerazioni particolari:

- Nei casi di mancata risposta ai trattamenti o nel caso in cui ci sia un elevato sospetto di infezione da *Stafilococcus aureus* o *Pseudomonas aeruginosa* multiresistente, potrà essere necessario il ricorso ad antibiotici più mirati che andranno in tal caso prescritti dallo specialista infettivologo. È necessario che le Aziende sanitarie facilitino una tempestiva consulenza specialistica nelle RSA avvalendosi se applicabile, di percorsi di teleconsulto (teleconsulenza);
- *Azitromicina:* la mancanza di un solido razionale e l'assenza di prove di efficacia nel trattamento di pazienti COVID-19 non consente di raccomandare l'utilizzo dell'azitromicina, da sola o associata ad altri farmaci con particolare riferimento all'idrossiclorochina, per il trattamento delle polmoniti da SARS-CoV-2. L'uso dell'azitromicina per indicazioni diverse da quelle registrate può essere considerato esclusivamente nell'ambito di studi clinici randomizzati. Gli usi non previsti dalle indicazioni autorizzate e non raccomandati, restano una responsabilità del prescrittore e non carico del SSN;
- Qualora si renda necessaria la somministrazione di un farmaco classificato in H-OSP (ovvero un medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa e utilizzabile esclusivamente in ambiente

ospedaliero o struttura ad esso assimilabile) per pazienti assistiti **a domicilio o nelle RSA**, le Aziende ULSS ne garantiscono la fornitura e la somministrazione, nel rispetto del percorso individuato con il decreto n. 84/2015, che vede una forte integrazione tra MMG e Medici Specialisti ospedalieri. Il farmaco H-OSP può essere prescritto solo dopo consulenza dello specialista ospedaliero di riferimento: le indicazioni della motivazione e i riferimenti dello specialista consultato dovranno essere riportate nella richiesta di approvvigionamento del farmaco presso la Farmacia ospedaliera di riferimento. A questo proposito le Aziende Sanitarie, sulla base della propria organizzazione, dovranno attivare percorsi di Telemedicina (es. Teleconsulto) che permettano un collegamento tempestivo tra Specialisti di riferimento, allo scopo individuati, ed i Medici sul territorio per garantire una gestione integrata delle cure domiciliari dei pazienti affetti da COVID-19. Il **MMG** dovrà, in caso di somministrazione di farmaco H-OSP in paziente a domicilio, attivare le USCA e il distretto per l'attivazione di un **programma di presa in carico continuativa specifico per il paziente con COVID-19**, limitatamente al periodo durante il quale è necessaria la somministrazione del farmaco e garantire la disponibilità telefonica, relativamente alla somministrazione del farmaco. Il MMG, in caso di somministrazione di farmaci H-OSP a domicilio del paziente o nelle RSA, anche per il tramite del medico dell'USCA, dovrà:

- acquisire il consenso informato alla somministrazione del farmaco, da parte del paziente o del legale rappresentante;
- effettuare accurata anamnesi ed essere presente alle prime somministrazioni del farmaco per escludere il rischio di reazioni di ipersensibilità;
- monitorare il percorso terapeutico, incluse le eventuali reazioni avverse e, in collaborazione con lo specialista ospedaliero, definire le eventuali variazioni terapeutiche.

VITAMINA D

L'uso di nutraceutici ed integratori a

base di Vitamina D, sono indicati nella normale pratica clinica, nelle fasce di pazienti in cui ne è evidenziata la carenza.

Sintesi dell'evidenza: Non esistono evidenze di efficacia, ma alcuni studi clinici ne suggeriscono l'impiego.

FARMACI ATTUALMENTE NON CONSIGLIATI IDROSSICLOROCHINA E CLOROCHINA

Idrossiclorochina e Clorochina

L'utilizzo di idrossiclorochina e clorochina, allo stato attuale, non è consigliato né allo scopo di prevenire né allo scopo di curare l'infezione.

Sintesi dell'evidenza: la maggior parte delle evidenze sono state prodotte nel setting ospedaliero, mentre i dati di utilizzo nei pazienti a domicilio di bassa gravità nelle fasi iniziali della malattia sono ancora limitati, ma non sembrano suggerire risultati di efficacia. In termini di sicurezza, i dati degli studi clinici randomizzati, ancorché limitati nei soggetti con malattia non avanzata, non sembrano confermare il maggior rischio di gravi tossicità, soprattutto cardiologiche, riscontrate in alcuni studi osservazionali e in cui si è evidenziato un eccesso di mortalità.

Considerazioni particolari: l'utilizzo sistematico di idrossiclorochina è attualmente consentito solo nell'ambito di studi clinici approvati ai sensi del D.L. del 8.4.2020 n. 23, convertito in L. del 5.6.2020, n.40, dal Comitato etico unico nazionale dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani di Roma, acquisita la prevista valutazione preliminare sul protocollo di studio da parte della Commissione consultiva tecnico-scientifica (CTS) di AIFA.

Come recentemente confermato dall'ordinanza del Consiglio di Stato n.7097/2020 del 10.12.2020, resta consentita ai medici la possibilità di prescrizione *off label*, sotto propria responsabilità, con acquisizione del consenso informato da parte del singolo paziente, come previsto dall'art.3 comma 2 della L. n.94/1998, con oneri a carico del paziente perché al di fuori delle previsioni della

Legge 648/1996.

Il medico prescrittore potrà quindi in tal senso procedere, valutando caso per caso il rapporto rischio/beneficio, e considerando in particolare:

- le patologie associate: si dovrà prestare particolare cautela nei pazienti con patologie cardiovascolari, (sindrome del QT lungo, aritmie maggiori), insufficienza epatica o renale, disturbi elettrolitici;
- le associazioni farmacologiche: in particolare l'associazione a farmaci che allungano il QT.;
- l'anamnesi di favismo (deficit di G6PD) o comunque elementi anamnestici sospetti per tale deficit congenito.

Il Medico quindi, potrà prescrivere, sotto sua precisa responsabilità e dietro stretto suo controllo, all'interno di una valutazione clinica complessiva e di una gestione integrata di tutte le terapie prescritte, atta a prevenire l'insorgenza di possibili effetti collaterali.

FARMACI ANTIVIRALI

L'utilizzo di lopinavir/ritonavir o darunavir/ritonavir o cobicistat non è raccomandato né allo scopo di prevenire né allo scopo di curare l'infezione.

Sintesi dell'evidenza: ad oggi gli studi clinici pubblicati non supportano alcuna efficacia di queste terapie.

FARMACI IN STUDIO

Ad oggi sono 66 le sperimentazioni in corso approvate da AIFA per la terapia di SARS-CoV-2. Di esse circa 10 studi stanno valutando l'efficacia di interventi farmacologici potenzialmente utili per la gestione domiciliare. I seguenti farmaci in particolare sono in fase di studio:

- *Colchicina* (antinfiammatorio), a scopo prevalentemente antiinfiammatorio per prevenire il danno da coagulopatia;
- *Edoxaban* (anticoagulante), a scopo preventivo del danno da coagulopatia;
- *ABX464* (antivirale), a scopo di ridurre l'evoluzione clinica verso la malattia severa;
- *Ivermectina* (antiparassitario), a scopo di ridurre la carica virale e prevenire l'evoluzione clinica verso la forma severa;

_ *Favipiravir* (antivirale), a scopo di favorire la clearance virale e prevenire l'evoluzione clinica verso la forma severa;
 _ *Raloxifene* (modulatore dell'attività estrogenica), a scopo di favorire la clearance virale e prevenire l'evoluzione clinica verso la forma severa;
 _ *AZD7442* (combinazione di due anticorpi monoclonali), a scopo di prevenire l'evoluzione della malattia e limitare le complicanze.

FARMACOVIGILANZA: SEGNALAZIONE DELLE REAZIONI AVVERSE

Anche nell'ambito della gestione dei pazienti non ospedalizzati affetti da COVID-19, si richiama l'importanza della segnalazione di tutte le sospette reazioni avverse da farmaci, quale strumento indispensabile per confermare un rapporto benefico/rischio favorevole nelle reali condizioni di impiego.

Le segnalazioni di sospetta reazione avversa da farmaci devono essere inviate al Responsabile di Farmacovigilanza della Azienda ULSS di riferimento. In alternativa è possibile inserire la segnalazione direttamente online sul sito VigiFarmaco seguendo la procedura guidata.

Link utili:

<https://www.aifa.gov.it/content/segnalazioni-reazioni-a-vverse>
<https://www.vigifarmaco.it/>

GRUPPO DI LAVORO PER
 LA STESURA DEL DOCUMENTO

DOTT. MAURIZIO CANCELAN - MEDICO DI MEDICINA GENERALE - AZIENDA ULSS2 MARCA TREVIGIANA; DOTT.SSA ELENA CARRARA - UOC MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI, AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA; DOTT.SSA ANNA MARIA

CATTELAN - DIRETTORE UOC MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI, AZIENDA OSPEDALE - UNIVERSITÀ DI PADOVA; DOTT. VITO CIANCI - DIRETTORE UOC ACCETTAZIONE E PRONTO SOCCORSO, AZIENDA OSPEDALE - UNIVERSITÀ DI PADOVA; DOTT.SSA PAOLA DEAMBROSIO - DIREZIONE FARMACEUTICO - PROTESICA - DISPOSITIVI MEDICI; DOTT. SSA MARIA CRISTINA GHOTTO - U.O. CURE PRIMARIE E STRUTTURE SOCIO-SANITARIE TERRITORIALI - REGIONE DEL VENETO; PROF. ROBERTO LEONE - FARMACOLOGO, UNIVERSITÀ DI VERONA; DOTT.SSA GIOVANNA SCROCCARO - DIRETTORE DIREZIONE FARMACEUTICO - PROTESICA - DISPOSITIVI MEDICI; PROF.SSA EVELINA TACCONELLI - DIRETTORE UOC MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI, AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA; PROF. ANDREA VIANELLO - DIRETTORE UOC FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA, AZIENDA OSPEDALE - UNIVERSITÀ DI PADOVA; DOTT. LUCIO ZANON - MEDICO DI MEDICINA GENERALE - AZIENDA ULSS 6 EUGANEA.

BIBLIOGRAFIA

- Accademia di medicina di Torino "Vitamina D nella prevenzione e nel trattamento del COVID-19: nuove evidenze (3 dicembre 2020)". Link: <https://www.academiamedicina.unito.it/attivita/altro/317-vitamina-d-nella-prevenzione-e-nel-trattamento-del-covid-19-nuove-evidenze.html>
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.na.s) *Criteri di appropriatezza per i setting assistenziali di gestione dei pazienti affetti da COVID-19*. Link: <https://www.agenzia-sanitaria.gov.it/comunicazione/2020/05/13/criteri-di-assistenziali-di-gestione-dei-pazienti-affetti-da-covid-19>
- Bianconi V, Violi F, Fallarino F, Pignatelli P, Sahebkar A, Pirro M. *Is Acetylsalicylic Acid a Safe and Potentially Useful Choice for Adult Patients with COVID-19?* *Drugs*. 2020 Sep;80(14):1383-1396. doi: 10.1007/s40265-020-01365-1. PMID: 32705604; PMCID: PMC7376326.
- Circolare del Ministero della Salute recante "Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2" del 30.11.2020.
- Giannini S. et al., "Effectiveness of In-Hospital Cholecalciferol Use on Clinical Outcomes in Comorbid COVID-19 Patients: A Hypothesis-Generating Study" *Nutrients*. 2021 Jan 14;13(1):219. doi: 10.3390/nu13010219.
- Lansbury L, Lim B, Baskaran V, Lim WS. "Co-infections in people with COVID-19: a systematic review and meta-analysis". *J Infect*. 2020 Aug;81(2):266-275. doi: 10.1016/j.jinf.2020.05.046. Epub 2020 May 27. PMID: 32473235; PMCID: PMC7255350. Link: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=77456&parte=1%20&serie=null>
- Marietta M. et al., "COVID-19 and haemostasis: a position paper from Italian Society on Thrombosis and Haemostasis (SIST)". *Blood Transfus*. 2020 May;18(3):167-169. doi: 10.2450/2020.0083-20. Epub 2020 Apr 8.
- Mussini C. et al., "Therapeutic strategies for severe COVID-19: a position paper from the Italian Society of Infectious and Tropical Diseases (SIMIT)". *Clin Microbiol Infect*. 2021 Mar;27(3):389-395. doi: 10.1016/j.cmi.2020.12.011. Epub 2021 Jan 18.
- NICE guideline: "Pneumonia (community acquired): antimicrobial prescribing". Link: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng138/resources/pneumonia-community-acquired-antimicrobial-prescribing-pdf-66141726069445>
- Patrono C, Baigent C. Role of aspirin in primary prevention of cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol* 16, 675-686 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41569-019-0225-y>
- Perico N (2020) "A recurrent question from a primary care physician: How should I treat my COVID-19 patients at home?". *Clin Med Invest* 5 DOI: 10.15761/CMI.1000207.
- Scheda AIFA "Principi di gestione dei casi COVID-19 nel setting domiciliare". Link: https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1269602/SOC_territoriale_09.12.2020.pdf/0f4896f4-1eac-32e2-bc26-5f5d279492b4
- Scheda AIFA Corticosteroidi aggiornata al 22.12.2020; Link: https://www.aifa.gov.it/documents/20142/123276/Corticosteroidi_4d7e-11bc-0e2319082ffc
- Scheda AIFA Idrossiclorochina aggiornata al 22.12.2020; Link: https://www.aifa.gov.it/documents/20142/123276/Idrossiclorochina+update04_25_11.2020.pdf/f6789159-c43a-62b9-e231-f5e844d62393 Scheda AIFA Lopinavir/ritonavir aggiornata al 17.7.2020;
- https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/lopinavir_ritonavir_17_07_2020.pdf/ab9e07d8-585b-6eda-0007-a8f3d1e175c4
- Scheda AIFA sulle EBPM aggiornata al 24.11.2020 - Link: https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/Eparine_update_01_24.11.2020.pdf/e6188538-9478-9625-55e3-8dccc5dae02c6
- Scavone C, Brusco S, Bertini M, Sportiello L, Rafaniello C, Zoccoli A, Berrino L, Racagni G, Rossi F, Capuano A. Current pharmacological treatments for COVID-19: What's next? *Br J Pharmacol*. 2020 Nov;177(21):4813-4824. doi: 10.1111/bph.15072. Epub 2020 May 15. PMID: 32329520; PMCID: PMC7264618.
- Siddiqi and Mehra "COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical therapeutic staging proposal". *J Heart Lung Transplant*. 2020 May; 39(5): 405-407.
- Spagnuolo V, Guffanti M, Galli L, et al. "Viral clearance after early corticosteroid treatment in patients with moderate or severe covid-19". *Scientific Reports* 1 (2020) 10:21291
- Stanford Health Care (SHC) "Community Acquired Pneumonia: Antimicrobial Guidelines". Available from Link: http://med.stanford.edu/bugsanddrugs/guidebook/_jcr_content/main/panel_builder_1454513702/panel_O/download_2110538074/file.res/SHC_2019%20CAP%20Draft%20v7.pdf
- The COVID-NMA initiative *A living mapping and living systematic review of Covid-19 trials*. Link: <https://covid-run.com>

Lo scudo penale è legge: minimo impatto giuridico, massimo impatto mediatico

Nei giorni scorsi la Camera dei Deputati ha definitivamente approvato il disegno di legge di conversione del DL 41/2021, più comunemente conosciuto come **“scudo penale per i sanitari”**. Ecco dunque cosa prevede la nuova legge.

Dopo l'art 1 e l'art. 2, che non riguardano l'attività del sanitario, l'**articolo 3** stabilisce che è esclusa la punibilità del sanitario per morte e lesioni personali del paziente a causa della vaccinazione COVID-19, se il medico si è attenuto alle indicazioni e circolari delle autorità (come già prevedeva il Decreto Legge di aprile).

Il nuovo **articolo 3-bis**, non originariamente previsto dal Decreto Legge ed inserito in sede di conversione, dispone inoltre che durante lo stato di emergenza sanitaria (ad oggi, fino al 31.7.2021), in caso di morte o lesioni personali conseguenti a condotte poste in essere dal sanitario, quest'ultimo è punibile solo per colpa grave, se gli eventi (la morte o le lesioni) trovano causa nella situazione di emergenza. In questi casi, il giudice dovrà tenere conto, ai fini della valutazione della gravità della colpa, della limitatezza delle conoscenze scientifiche relative al virus ed alle possibili cure, nonché della scarsità delle risorse umane, strumentali e strutturali disponibili.

L'articolo 4 – come già da DL 44/2021 – stabilisce l'obbligo vaccinale per i sanitari: in particolare tutti gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario che svolgono la loro professione nelle strutture pubbliche e private, nelle farmacie e negli studi professionali dovranno essere sospesi dalla professione (fino alla fine dell'emergenza sanitaria e comunque non oltre il 31 dicembre 2021), ove si sottraggano senza motivo clinico comprovato alla vaccinazione COVID.

La vaccinazione dunque diventa requisito essenziale per l'esercizio della professione.

L'articolo in parola stabilisce una serie articolata di termini – molti dei quali, peraltro, già scaduti tra aprile e maggio – per l'identificazione del personale sanitario e di interesse sanitario non ancora vaccinato, l'invito alla vaccinazione, l'invio di documentazione necessaria ad effettuare o a richiedere il differimento della vaccinazione.

La nuova legge, dunque, conferma lo “scudo penale”, e lo estende ai casi diversi dalla vaccinazione, sia per il trattamento di caso COVID che per la cura dei casi non COVID.

Un particolare, tuttavia, va assolutamente sottolineato: **lo scudo non comporta che il medico non possa “essere chiamato a rispondere”, come molti vorrebbero, ma solo che egli non sia punibile**: ciò significa che certamente egli potrà essere indagato ed imputato, cioè coinvolto nel processo, con tutto ciò che ne consegue in termini di stress, tempo, energie, timori (proprio per verificare, ad esempio, se ha seguito le indicazioni sulla somministrazione del vaccino), ma non potrà essere condannato – al termine, appunto, del processo penale – qualora si riconosca che non vi è colpa grave.

Ed effettivamente, vista sotto questa luce, la questione assume connotati molto diversi.

Come è stato più volte affermato anche da autorevoli fonti, inoltre, **l'impatto concreto dello scudo risulta abbastanza modesto**, considerato pure il fatto che già la Legge Gelli, vigente dal 2017, prevedeva e prevede la regolamentazione di tutti i casi contemplati dalla nuova legge, anche se, ovviamente, non specificamente riferiti alla gestione del COVID.

In particolare l'**art. 5** della normativa già esistente, nonché la successiva

interpretazione da parte della Corte di Cassazione, già legava a doppio filo l'osservanza delle linee guide e delle buone pratiche cliniche con l'esenzione da responsabilità del sanitario.

Adirittura, per converso, già più volte si è ritenuto che la mancata osservanza delle linee guida comporti quasi in automatico il riconoscimento dell'esistenza della colpa grave, proprio come sembrerebbe suggerire il nuovo scudo.

Inoltre, pure la valutazione delle circostanze concrete (insidiosità e mancata conoscenza della patologia e delle cure, insufficienza delle risorse a disposizione, difficoltà delle strutture) rientrava già, doverosamente, tra le valutazioni che era tenuto a svolgere il giudice nella valutazione del caso.

Nell'ultimo anno e mezzo, dallo scoppio della pandemia in poi, anche sotto il fronte civile, sono stati spesi fiumi di inchiostro da giuristi, giudici ed avvocati per chiarire che certamente i casi COVID e NON COVID che i medici e sanitari sono chiamati a gestire e curare sono di straordinaria difficoltà.

Nessuno, infatti, può dubitare che un anno fa venivano sperimentate diverse cure per la cura per i malati COVID, partendo dalla completa (e incolpevole) ignoranza della malattia.

Altrettanto, nessuno può dubitare che non sia stata una decisione facile o presa alla leggera quella di rinviare i tantissimi interventi chirurgici già calendarizzati, per concentrare le (poche) risorse disponibili nella lotta al virus, oltre che per evitare di moltiplicare i contagi, in un momento in cui i tracciamenti non erano purtroppo efficaci. In definitiva, non si può che confermare l'impressione già espressa al momento dell'emanazione del Decreto Legge di aprile: lo scudo penale è in realtà una sorta di “raccomandazione” agli operatori della giustizia, una

richiesta di porre maggiore sensibilità rispetto ad un tema e soprattutto ad una professione, quella medica, già pesantemente messa sotto pressione dalla pandemia.

La Legge è chiaramente e manifestamente incompleta, e risponde più all'esigenza di tranquillizzare i medici, rispetto a quella di creare nuove difese.

Tant'è vero che – a prescindere dall'aspetto penale, che è certamente quello che mediaticamente fa più clamore, ma che in più di 9 casi su 10 si risolve dopo anni con l'assolu-

zione del medico – **il fronte civile**, cioè quello delle richieste dei pazienti di risarcimento del danno, **non viene minimamente considerato dalla nuova norma**.

Il medico è e rimane responsabile per le proprie condotte, a partire dalla raccolta del consenso informato in seno al procedimento di vaccinazione, passando per la somministrazione di farmaci o la prescrizione di esami per la diagnosi del COVID, arrivando alla cura di pazienti NON COVID, che spesso lamentano ritardi, disagi e disagi. Per questo, alcuni autori han-

no richiamato l'attenzione sul rischio che, a causa della mole di cause civili che invaderanno i tribunali nei prossimi anni contro le strutture sanitarie e contro i medici, e quindi di conseguenza a causa della moltitudine di risarcimenti che si rischia di pagare, la medicina del territorio e le stesse strutture potrebbero andare in default finanziario... con la conseguenza che, di nuovo, il soggetto più appetibile per chiedere i danni diventi (o rimanga) il medico in prima persona.

AVV. ROSSANA MIOTTO
DALLA PARTE DEL MEDICO

Quattro anni di legge Gelli Bianco

Compie gli anni in questo periodo la legge Gelli Bianco, che ha riformato la disciplina della responsabilità civile e penale del medico.

La legge, come ormai noto, ha come scopo espresso la sicurezza delle cure in sanità, come parte costitutiva del diritto costituzionale alla salute, e dunque il paziente viene messo al centro della tutela.

La legge ha cercato in realtà anche di pensare alla tutela dei medici, prevedendo sotto il profilo penale, che non può essere punito il medico "quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto" (art. 6).

Sul fronte del risarcimento del danno chiesto dai pazienti, inoltre, la legge Gelli Bianco ha disposto che la responsabilità del medico sia di tipo extracontrattuale: "L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 c.c., salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente".

La tutela del medico per la responsabilità professionale sta proprio in questo, perché con questo meccanismo si prevede sia il paziente (e non il medico) a dover provare in causa i fatti, il danno e il collegamento causale tra le condotte e l'evento.

In realtà, tuttavia, tale alleggerimento è più formale che sostanziale, considerato che nelle cause sanitarie il vero centro della causa è la consulenza medico-legale, che secondo la giurisprudenza fa prova sia della responsabilità che del collegamento (nesso) causale.

Ciò significa che se il paziente otterrà (come al 99,9% dei casi accade) di effettuare in causa la consulenza medico-legale, riuscirà già a provare tutto quello che gli interessa perché il medico venga condannato, senza grande fatica.

Il vero cambiamento, allora, è solo nel tempo di prescrizione, che passa dai 10 anni (come era inteso precedentemente) a 5 anni.

È bene tuttavia sottolineare che basta una qualsiasi raccomandata o una qualsiasi richiesta risarcitoria per interrompere questo termine, e quindi basta una lettera in 5 anni perché il tempo venga annullato e si debba ripartire da zero.

Vi è poi da considerare che l'obbligatorietà prevista per i medici di stipulare un'assicurazione professionale, e la debolezza invece patrimoniale e assicurativa di molte strutture ospedaliere, rendono per il paziente che sostiene di avere subito un danno da malasanità molto più appetibile il patrimonio del medico e della propria compagnia assicurativa.

Purtroppo, la mancanza – a distanza di 4 anni dalla promulgazione della legge Gelli – dei decreti attuativi sull'obbligo, limiti e caratteristiche delle assicurazioni, rende la situazione ancora più incerta ed articolata.

In definitiva i sanitari si trovano di fronte al fatto che il medico, purtroppo, verrà sempre coinvolto nelle cause e nei processi di responsabilità sanitaria: da una parte perché la responsabilità penale è personale, e quindi il paziente denuncerà (e potrà denunciare) sempre e solo il medico, dall'altra perché è il medico che effettivamente entra in contatto con il paziente, e è su di lui che il paziente conta.

AVV. ROSSANA MIOTTO
DALLA PARTE DEL MEDICO

Medici alla riscossa? Il risarcimento (per una volta) a favore del sanitario

Finalmente, di recente, abbiamo avuto modo di leggere di un caso che non solo scagiona il medico da qualsiasi ipotesi di responsabilità sanitaria, ma addirittura ribalta i termini del rapporto medico-paziente, attribuito anche a quest'ultimo una importante responsabilità – in positivo ed in negativo – per aver causato un danno all'onorabilità e al buon nome del sanitario.

La vicenda concerne infatti un medico chirurgo specialista in dermatologia e venereologia, denunciato qualche anno fa da una propria paziente per lesioni personali, in quanto – secondo quanto riferito dalla paziente stessa – i trattamenti cui il professionista l'aveva sottoposta, le avevano causato dei danni fisici e morali.

In sede penale, la perizia del Pubblico Ministero aveva accertato la totale mancanza di responsabilità, nonché

l'inesistenza dei danni che lamentava la paziente, sicché il procedimento era stato archiviato senza arrivare nemmeno al processo.

Nel frattempo, tuttavia, la signora aveva scritto sul web che il medico (identificato con tanto di nome) con la propria condotta e con i propri errori le aveva "rovinato la vita".

Il medico non ci è stato, ed ha deciso di denunciare la paziente per diffamazione, chiedendo un risarcimento simbolico per tutelare il proprio nome, la professionalità e in definitiva la propria categoria.

E ha vinto.

Il Tribunale ha infatti condannato la signora a risarcire il danno subito dal medico, riconoscendo che l'uso che era stato fatto del forum online era da ritenersi diffamatorio.

Si tratta, riteniamo, di una sentenza importante, che anche se non tutela il medico da richieste di risarcimento infondate o anche temerarie (non è stata infatti condannata la paziente per aver denunciato il medico ingiustificatamente, è bene sottolinearlo), ha comunque gettato una nuova luce sul delicato tema del rapporto tra medico e paziente, ristabilendo un minimo equilibrio tra diritti e doveri reciproci.

È una sentenza che potrà far discutere (e che magari potrà pure essere appellata), ma che ha dato un po' di fiducia ai professionisti sanitari e che si pone come primo passo per ristabilire un bilanciamento tra le posizioni del medico e del paziente.

AVV. ROSSANA MIOTTO
DALLA PARTE DEL MEDICO

... E se il paziente mi registra? Dubbi e riflessioni sulle implicazioni della telemedicina

Compie gli anni in questo periodo la legge Gelli Bianco, che ha riformato la disciplina della responsabilità civile e penale del medico.

La legge, come ormai noto, ha come scopo espresso la sicurezza delle cure in sanità, come parte costitutiva del diritto costituzionale alla salute, e dunque il paziente viene messo al centro della tutela.

La legge ha cercato in realtà anche di pensare alla tutela dei medici, prevedendo sotto il profilo penale, che non può essere punito il medico "quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida

risultino adeguate alle specificità del caso concreto" (art. 6). Sul fronte del risarcimento del danno chiesto dai pazienti, inoltre, la legge Gelli Bianco ha disposto che la responsabilità del medico sia di tipo extracontrattuale: "L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 c.c., salvo che abbia agi-

to nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente". La tutela del medico per la responsabilità professionale sta proprio in questo, perché con questo meccanismo si prevede sia il paziente (e non il medico) a dover provare in causa i fatti, il danno e il collegamento causale tra le condotte e l'evento.

In realtà, tuttavia, tale alleggerimento è più formale che sostanziale, considerato che nelle cause sanitarie il vero centro della causa è la consulenza medico-legale, che secondo la giurisprudenza fa prova sia della responsabilità che del collegamento (nesso) causale.

Ciò significa che se il paziente otterrà (come al 99,9% dei casi accade) di effettuare in causa la consulenza medico-legale, riuscirà già a provare tutto quello che gli interessa perché

il medico venga condannato, senza grande fatica. Il vero cambiamento, allora, è solo nel tempo di prescrizione, che passa dai 10 anni (come era inteso precedentemente) a 5 anni. È bene tuttavia sottolineare che basta una qualsiasi raccomandata o una qualsiasi richiesta risarcitoria per interrompere questo termine, e quindi basta una lettera in 5 anni perché il tempo venga annullato e si debba ripartire da zero.

Vi è poi da considerare che l'obbligatorietà prevista per i medici di stipulare un'assicurazione professionale, e la debolezza invece patrimoniale e assicurativa di molte strutture ospedaliere, rendono per il paziente che sostiene di avere subito un danno da malasanità molto più appetibile il patrimonio del medico e della propria compagnia assicurativa.

Purtroppo, la mancanza – a distanza di 4 anni dalla promulgazione della legge Gelli – dei decreti attuativi sull'obbligo, limiti e caratteristiche delle assicurazioni, rende la situazione ancora più incerta ed articolata.

In definitiva i sanitari si trovano di fronte al fatto che il medico, purtroppo, verrà sempre coinvolto nelle cause e nei processi di responsabilità sanitaria: da una parte perché la responsabilità penale è personale, e quindi il paziente denuncerà (e potrà denunciare) sempre e solo il medico, dall'altra perché è il medico che effettivamente entra in contatto con il paziente, e è su di lui che il paziente conta.

AVV. ROSSANA MIOTTO
DALLA PARTE DEL MEDICO

COVID-19: TUTTE LE MISURE PER MEDICI E ODONTOIATRI



PER IL COVID-19

INDENNITÀ PER I CONTAGIATI **NOVITÀ ***

Da 600 a 5mila euro per tutti i liberi professionisti risultati positivi al Covid, di importo crescente a seconda della gravità (isolamento domiciliare, ricovero ospedaliero, terapia intensiva). Indennità proporzionale per chi versa la Quota B ridotta. Aiuti anche ai pensionati (con limiti di reddito).

SPESE FUNERARIE **NOVITÀ ***

Preso 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 2020, 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 2020 scatta un rinvio ulteriore delle scadenze contributive. A chi ha avuto un calo di fatturato significativo e ai neo-iscritti 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

* Provvedimenti approvati dai ministeri vigilianti. Info per fare domanda su www.enpam.it

** Provvedimento respinto dai ministeri vigilianti

23/4/2021

Medici fino a 70 anni, purché non se ne assumano di nuovi

In tempi di pandemia i medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale possono sì restare lavoro fino a 70 anni, ma questo non deve comportare un aumento del numero di medici dirigenti in organico.

Lo dice la Funzione pubblica che si è recentemente espressa sulla legge 126 del 2020, che recepisce la possibilità per i sanitari dipendenti dal Servizio sanitario nazionale, di chiedere il mantenimento in servizio oltre il limite dei 40 anni di servizio effettivo alla luce della situazione emergenziale legata alla pandemia.

Un chiarimento dovuto dopo la richiesta giunta da un'azienda sanitaria circa l'eventuale discrezionalità con cui interpretare le disposizioni sul tema, introdotte per la prima volta con l'articolo 5-bis del decreto legge 30 dicembre 2019 e poi modificate.

LA 'STORIA' DELLA NORMA

Insieme alla possibilità di restare al lavoro fino a 70 anni, la normativa sull'emergenza aveva previsto contestualmente di rispettare i criteri organizzativi predeterminati con appositi atti aziendali e di indire le procedure di reclutamento non oltre 180 giorni dall'adozione del provvedimento di autorizzazione alla permanenza in servizio.

La Funzione Pubblica, per consentire una corretta interpretazione della disposizione in esame e inquadrare correttamente la portata delle ultime recenti modifiche, ha così ripercorso sinteticamente la "storia" della norma stessa sino alla più recente determinazione.

Determinazione che evidenzia, preliminarmente, come la modifica intervenuta non possa giustificare il superamento del divieto di incrementare il numero dei dirigenti, previsto espressamente dal comma 1 dell'articolo 15-nonies del decreto legislativo 502 del 30 dicembre 1992.



NUOVI INGRESSI, VECCHI ORGANICI

Infatti – dice la Funzione pubblica – pur considerando che la disciplina dettata dal citato articolo 15-nonies, si configura in ambito ordinario come un diritto potestativo per il dirigente che ne faccia richiesta, tuttavia detta deroga è pur sempre legata al raggiungimento degli obiettivi enunciati dalla norma stessa, essendo funzionale agli stessi.

Ai fini dell'accoglimento delle istanze in argomento, resta quindi in capo all'amministrazione l'obbligo di verificare che l'autorizzazione a tali prosecuzioni non determini un incremento del numero dei dirigenti.

Secondo l'interpretazione della Funzione pubblica, mentre sembra pacifica la volontà del legislatore di eliminare l'obbligo concorsuale per procedure di reclutamento, così come l'obbligo formale di dotarsi di criteri organizzativi predeterminati con apposito atto aziendale, resta comunque necessario che l'amministrazione faccia una ponderata valutazione sulla funzionalità dell'utilizzo della deroga rispetto all'ottimale perseguimento degli obiettivi predeterminati.

In conclusione, la Funzione pubblica ha convenuto che le amministrazioni non possano accettare la richiesta di

trattenimento in servizio senza aver preventivamente effettuato le dovute valutazioni in ordine al ricorrere dei presupposti sopra enunciati.

Presupposti e limiti del trattenimento in servizio del personale del SSN a seguito della normativa sull'emergenza sanitaria

PER I CONVENZIONATI IL LIMITE È SEMPRE A 70 ANNI

I medici che lavorano in convenzione con il Servizio sanitario nazionale (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali) hanno sempre la facoltà di rimanere al lavoro oltre l'età pensionabile fino a 70 anni. Lo prevedono gli accordi collettivi nazionali di categoria.

Resta fermo il fatto che possono comunque cessare l'attività normalmente a 68 anni e andare in pensione di vecchiaia con l'Enpam, o anticipare l'uscita a 62 anni (con 35 anni di anzianità di contribuzione) oppure a qualsiasi età con 42 anni di contribuzione (per la pensione anticipata è necessario inoltre che siano trascorsi 30 anni dalla laurea).

AVV. ROSSANA MIOTTO
DALLA PARTE DEL MEDICO

Campione e dentista, torna in campo per vaccinare

Di nuovo in campo, questa volta da mediano di rottura contro il Covid-19. Domenico Volpati, ex calciatore campione d'Italia col Verona e odontoiatra in pensione, ha iniziato la sua terza carriera indossando il camice da vaccinatorio volontario al centro congressi di Cavalese, in provincia di Trento.

“È stata una bella emozione vestire nuovamente il camice a due anni dalla pensione. Mi ha responsabilizzato molto. Essendo ancora iscritto all'Ordine sentivo di dovermi mettere a disposizione gratuitamente per gli altri e l'ho fatto con grande convinzione, entusiasmo e dedizione”, commenta al Giornale della Previdenza.

Il 69enne, che nel 1985 ha vinto lo scudetto con la maglia dell'Hellas contro giocatori come Zico e sfidando nel corso degli anni i più grandi – da Maradona a Platini – oggi ha come avversario il Covid-19.

“Sono risultato abile e arruolato alle selezioni, il camice me lo sono dovuto ricomprare perché non ne avevo più uno”, ci scherza su Volpati che, dopo il via libera agli odontoiatri-vaccinatori, ha dovuto superare le prove per l'abilitazione al ruolo.



“Prima di tutto – racconta – ho dovuto vaccinarci io stesso, poi fare analisi del sangue approfondite molto vaste anche per le malattie infettive, una visita in Medicina del lavoro con anamnesi generale e firmare le carte per avere lo ‘scudo’ penale”.

Il compito di vaccinarlo “assomiglia a quello del medico di medicina generale”, spiega l'odontoiatra in pensione, “perché dopo le prime due settimane che mi occupavo di persona delle somministrazioni, adesso ho ricevuto l'incarico di stare nei box, che sembrano confessionali, per fare anamnesi e capire se il paziente è idoneo a vaccinarsi”.

Non sono mancati i tifosi che hanno riconosciuto l'ex calciatore in camice. “Qualcuno è arrivato a vaccinarsi con la maglia della curva Nord” e dopo la fila per il vaccino Volpati ha firmato qualche autografo.

E non mancano nemmeno gli scettici del vaccino, da rassicurare, ma fino a un certo punto.

“Gli ultra ottantenni hanno ancora la cultura di affidarsi al medico, con le generazioni più giovani penso arriverà qualche complicazione in più. È complicato andare contro convinzioni radicate in un'epoca in cui sono tutti tuttologi”, sospira l'odontoiatra. Alla richiesta di un pronostico l'ex calciatore non ha dubbi.

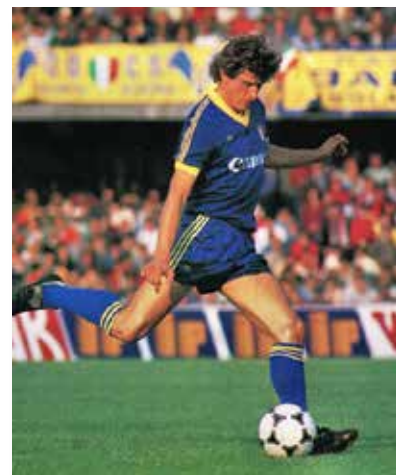
“Su Italia-Covid gioco 1, secco. Con i vaccini e la collaborazione di tutti a giugno potremo già andare al mare”.



Domenico Volpati durante la vaccinazione

L'auspicio è quello di tutti, ma lo spirito di servizio è proprio dei camici bianchi.

“Io resterò comunque disponibile – assicura Volpati – proprio come mi usava Osvaldo Bagnoli, come un jolly, a disposizione come un soldatino contro il Coronavirus”.



Priorità vaccinali

Giovanni, il nome è di fantasia ma la persona è reale, è nato con la S. di Down e vive con la madre ed il fratello maggiore che oggi li ha accompagnati al centro vaccinale.

Le giornate le passa in una comunità per portatori di handicap.

Siccome frequenta la "comunità" gli hanno chiesto di vaccinarsi contro il Covid 19 e per questo la sua mamma l'ha accompagnato oggi alla vaccinazione, dopo averla prenotata sul portale della ASL autocertificando la sua condizione.

Con la sua brava prenotazione si è presentato al centro vaccinale dove un arcigno volontario della protezione civile, insieme a un volontario dell'associazione carabinieri hanno verificato la sua prenotazione ed apposto sul modulo anamnestico, che la mamma aveva diligentemente compilato, una A maiuscola ad indicare che la prenotazione era avvenuta non in base al criterio anagrafico, ma in base alla autocertificazione. Stamane però il centro era più affollato del solito ; perché ai medici che prendevano servizio era stato "ordinato" di raccogliere e fotocopiare la documentazione sanitaria di chi si era prenotato autocertificando le patologie che li classificavano come "fragili", rifiutando la vaccinazione a chi tale non risultava e a quelli che non avessero avuto con sé la documentazione richiesta.

Lascio alla fantasia di chi mi legge immaginare la conflittualità che ne è scaturita ed i tempi tecnici necessari ad indagare, tra le tante "scartoffie", tesserini, fustelle di farmaci ...etc... etc....., quanto poteva fare al caso.

In tutta quella confusione, è arrivato, comunque, anche il turno di Giovanni ; che si è presentato ad una giovane dottoressa che, benché la situazione di Giovanni fosse evidente

solo a guardarlo, è stata scrupolosa e ha raccolto quanto necessario, ha controllato il modulo anamnestico, ha indagato su eventuali allergie, ha apposto la firma di convalida sul modulo anamnestico.

Con quella Giovanni è stato vaccinato e se ne è andato a registrare l'avvenuta vaccinazione.

Qui però l'impiegata non riusciva a fare la registrazione. Il "sistema" la rifiutava.

E dopo vari tentativi si è scoperto che Giovanni non aveva l'età per essere vaccinato. Era troppo giovane. Non aveva raggiunto i 16 anni, requisito che permette la vaccinazione.

Ne è scaturito il "panico" che bene o male è stato trasmesso anche alla mamma di Giovanni che ha cominciato ad agitarsi e a preoccuparsi, come ha cominciato a farlo anche Giovanni.

"Preoccupata" lo era, però, molto di più la povera dottoressa che l'aveva visto e che non si era accorta del fatto che Giovanni, benché fosse fisicamente un bel ragazzone, di anni ne aveva 14, meno di quelli che poteva sembrare a chi lo guardava.

Ci siamo trovati, a fine giornata, tutti raccolti a discutere il caso e a fare considerazioni sul come fosse potuta accadere una cosa simile.

Tutti ci si è trovati d'accordo sul fatto che il portale delle prenotazioni non era tarato per rifiutarla a chi non aveva i requisiti anagrafici minimi per essere vaccinato. D'accordo anche sul fatto che da una ventina di giorni si stava lavorando con un sistema logistico rovesciato.

Mentre prima si registrava l'accesso alla vaccinazione inserendo i dati anagrafici sulla scheda vaccinale pri-

ma di procedere alla vaccinazione, da una decina di giorni si vaccinava prima e si registrava poi.

Serviva , ci hanno detto, guadagnare tempo. Così qualcuno aveva deciso di che per farlo si poteva far coincidere il tempo di attesa dopo l'inoculo vaccinale con il tempo di attesa per accedere ai sistemi di registrazione. E si era rovesciato tutta la logistica del centro. Si entrava da dove si usciva e si usciva da dove prima si entrava.

Alla fine della "fiera" ne è nata questa frittata che qualcuno potrà anche pensare sia frutto dello stress (dei medici) e della improvvisazione degli organizzatori.

Ripensando ai fatti di oggi mi sorgono spontanee alcune domande.

Tra queste quella più importante : quale deve essere il primo compito del medico che lavora nel centro vaccinale ?

Mi verrebbe da pensare che il primo compito sia quello di garantire la sicurezza di chi si vaccina e che il diritto di passare prima o dopo venga di gran lunga dopo di questo. Speriamo sia così....

ROBERTO MORA



La sanità che vogliamo. Le cure orientate dalle donne

Nel dossier inviato al Programma Next Generation EU c'è il contributo di Anna Tomezzoli, anatomopatologa veronese e membro del Consiglio direttivo dell'Ordine dei Medici di Verona, con il ruolo istituzionale di segretario.

Il documento, che è diventato un libro (edito da Moretti&Vitali), contiene un elenco di priorità che mirano a suggerire cambiamenti strutturali in Sanità, prospettando percorsi realistici per sostenere le nuove generazioni. In previsione dei pensionamenti della generazione dei baby boomers, infatti, le donne medico sono la forza lavoro che guiderà la Sanità del futuro e la grande prova di forza che hanno offerto durante la pandemia ha dimostrato sul campo le loro capacità dirigenziali, che ora vanno elevate a sistema.

Dall'Italia è partito alla volta del Programma Next Generation EU il dossier «La sanità che vogliamo. Le cure orientate dalle donne», contenente un elenco di priorità, declinate al femminile, che mirano a suggerire cambiamenti strutturali in Sanità nel rispetto di chi lavora sul campo, analizzando le carenze e prospettando percorsi realistici per sostenere le nuove generazioni. Fra le autrici del progetto, tutte donne medico e dirigenti sanitarie iscritte all'Anaao Assomed, figura la dottoressa **Anna Tomezzoli**, anatomopatologa veronese, componente del Consiglio direttivo dell'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Verona con il ruolo istituzionale di segretario, nonché componente dell'esecutivo nazionale dell'Anaao.

La dottoressa Tomezzoli ha contribuito a stilare il capitolo «**Dal governo clinico al governo delle donne**», che parte dall'analisi del quadro attuale dell'impiego delle donne in Sanità per arrivare a formulare proposte concrete che incidano sul mercato del lavoro e sull'organizzazione dei sistemi sanitari e degli organismi di rappresentanza della categoria.

«Oggi le donne medico sono la metà della forza lavoro e la maggioranza in molte regioni», spiega. «Al di sotto dei 60 anni d'età sono il 57 per cento, al di sotto dei 50 anni sono il 60 per cento e nella fascia d'età tra i 40 e i 45 anni arrivano al 65 per cento. Da questi dati si evince come le donne medico costituiscano già, in previsione dei pensionamenti della generazione dei *baby boomers*, la forza lavoro che guiderà la Sanità del futuro». Ma, per ora, il sorpasso è solamente numerico. «Solo una donna medico su 50 diventa responsabile di Unità Operativa Complessa e solo una su dieci lo diventa di Unità Semplice. Per citare un esempio *local*, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona conta circa 70 Unità Operative Complesse e solo cinque direttrici donna, tre in ambito ospedaliero e due in ambito universitario, nonostante le dipendenti di sesso femminile siano, ormai, la maggioranza». La situazione non è diversa altrove, ma la pandemia di Covid-19 ha contribuito a portare fuori dall'ombra il lavoro delle donne medico. «Non è un caso se il paziente Covid numero 1 è stato diagnosticato da una dottoressa», sottolinea Tomezzoli. E anche in considerazione della crescente importanza delle professioni sanitarie, legata all'emergenza sanitaria e alla cronicità, «bisogna ridisegnare un futuro diverso: un piano straordinario per l'occupazione medica femminile, a partire dalle risorse stanziare dalla Comunità europea».

Nel dossier vengono proposte alcune soluzioni. Tra queste, la presenza adeguata e imprescindibile delle donne medico nella pianificazione dei piani nazionali di ripresa, per portare appropriate proposte in Sanità; lo sviluppo di ambienti di lavoro che facilitino l'impegno professionale delle donne attraverso l'istituzione di nidi, scuole materne e doposcuola aziendali; l'accesso facilitato al part time e alle forme di flessibilità di orario, anche per far fronte a crisi impreviste ed emergenze personali.



Dott.ssa Anna Tomezzoli

Il dossier è diventato un libro-manifesto sul lavoro delle donne in Sanità, pubblicato da Moretti&Vitali e destinato a quanti vogliano condividere e fare proprie le riflessioni e le proposte per sperimentare nuovi modelli improntati al femminile. La curatrice Sandra Morano, responsabile dell'Area Formazione Femminile dell'Anaao, lo ha presentato durante un incontro online a cui ha partecipato il Ministro della Salute Roberto Speranza. È intervenuta anche la dottoressa Tomezzoli. Il video della presentazione è disponibile sul sito internet anaao.it. «È motivo di grande soddisfazione e di orgoglio, per l'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Verona, la partecipazione della dottoressa Anna Tomezzoli al progetto inviato al Next Generation EU», sottolinea il presidente, **Carlo Rugiu**. «Credo fermamente nel ruolo delle donne in tutti i campi della professione medica e odontoiatrica, e mi auguro che si avvicini sempre di più il traguardo di una reale parità di genere, che porti con sé offerte lavorative adeguate e la possibilità di raggiungere posizioni di vertice. Per arrivare a questi obiettivi è necessario che anche i sistemi organizzativi si confrontino con la nuova realtà di una professione principalmente al femminile e vi si adeguino. Dal mio punto di vista posso sottolineare la prevalenza femminile nel nuovo Consiglio direttivo dell'Ordine di Verona, che rimarrà in carica fino al 2024. Su cinque componenti, tre sono donne. Oltre alla dottoressa Tomezzoli, si tratta della dottoressa Caterina Pastori, che ricopre il ruolo di Tesoriere, e della dottoressa Elena Boscagin, presidente della Commissione Albo Odontoiatri».

Salomon Resnik e la psicoterapia in Verona nel secondo '900

LUCIANO BONUZZI

Il mare delle psicoterapie

Definire la psicoterapia, facendo riferimento ai vari repertori di psicologia e di psichiatria, non è agevole e le difficoltà aumentano se si considera la vera selva di scuole deputate alla formazione degli psicoterapeuti (1). Senza la pretesa di ottenere larghi consensi, si può dire che la psicoterapia è un incontro umano intonato da una tecnica che fa elettivo riferimento alla parola per porgere un aiuto a chi è turbato da qualche difficoltà. Il dialogo, del resto, può suscitare emozioni ed aprire una finestra nell'inconscio; ma la parola può semplicemente consolare o trasmettere qualche consiglio destinato a riordinare il comportamento. Queste tecniche, tuttavia, brillano per la modesta stabilità storica che è loro propria ed altrettanto mutevole è il consenso sociale che le accompagna. Ma, nonostante tante riserve, l'atteggiamento psicoterapico è il sale di ogni incontro medico-paziente.

Anche a Verona, come dovunque, non sono mancati nel secondo '900 indirizzi e scuole ad orientamento psicoterapico. Queste psicoterapie sono state peraltro applicate in ambienti piuttosto diversi: l'ambulatorio privato, il centro organizzato, l'ospedale, la casa di cura. In particolare, la terapia morale, l'ipnosi o il trattamento psicoanalitico hanno avuto spazi d'intervento elettivo, fuor di dubbio, differenziati. I radicali cambiamenti che, prima e dopo l'avvento del Servizio Sanitario Nazionale, hanno investito la cultura e l'organizzazione assistenziale di tutta Italia ed anche del Veronese fanno da sfondo alla trasformazione delle varie tecniche ed alla mutevolezza delle loro fortune. La dissolvenza dell'Ospedale psi-

chiatrico, disattivato con la Legge di riforma sanitaria, coincide, infatti, con la scomparsa della terapia morale (2) mentre l'invito a rinnovate interpretazioni dell'approccio psicoterapico matura nelle più diverse istituzioni: si pensi, per quanto riguarda Verona, alla comparsa di due case di cura private - 'S. Giuliana' e 'S. Chiara' - o all'avvento dell'Università presente dal '69-'70 ma anche al ruolo di alcuni centri ora deputati alla formazione psicoterapica in senso proprio, quale l'ipnosi, ed ora invece espressione di complessi bisogni volti al sostegno della famiglia o all'orientamento scolastico e professionale (3) di tanti giovani, non di rado bisognosi di aiuto. Si deve riconoscere che nel secondo Dopoguerra le migliorate condizioni economiche e la progressiva laicizzazione della vita, con la fatale scomparsa di figure tradizionali quale il direttore di coscienza o il confessore, hanno trasformato tante cose incentivando, fra tanti cambiamenti, radicali forme di individualismo non di rado mascherato come impegno sociale. Il mondo è, insomma, cambiato creando nuove aspettative e svelando nuovi orizzonti. Per quanto riguarda la psichiatria, la disponibilità di farmaci incisivi, migliorando il dialogo con i pazienti, ha permesso di pensare a nuove soluzioni per il loro trattamento.

Fondamentale, come si è già accennato, è stata la progressiva trasformazione fino alla scomparsa dell'Ospedale psichiatrico che era il luogo d'elezione della terapia morale. Il vecchio Ospedale di S. Giacomo era un crogiolo di idee e di progetti non sempre in sintonia con i tempi: si guardava alla sessualità, alla famiglia ed alle trasformazioni sociali in atto senza scordare i bisogni che la malattia mentale pone sul tappeto. Particolare interesse ha suscitato l'*Atelier*

(4) di pittura che con la fine dell'Ospedale ha trasmesso le proprie pratiche in qualche centro di salute mentale. Ma con l'avvento dell'Università, nell'anno accademico '69-'70, la Clinica psichiatrica (5) ha esercitato un'influenza sempre più significativa: accanto alle riflessioni di Antonio Ballestrieri che mette a fuoco la complessità epistemologica che inerisce al concetto di inconscio (6) anche la psicoterapia, in termini concretamente operativi, ha fatto sentire la propria voce come testimoniano gli scritti di Orazio Siciliani e di Roberta Siani. La cronicità, retaggio della psicosi, si è allora imposta all'attenzione quale motivo essenziale della riabilitazione che reclama un adeguato approccio psicoterapico. Siciliani ha illustrato, al proposito, la metodologia di Roberta Siani interessata alla 'possibilità di far psicoterapia con i pazienti più gravi che arrivano ad un servizio pubblico' dove è 'inevitabile lavorare in équipe perché l'équipe offre la possibilità di una continuità di presa in carico'; e per Roberta Siani è importante non eludere la complessità delle relazioni che tale lavoro comporta: relazione fra paziente e terapeuta, fra il paziente e i familiari, fra il paziente e l'équipe curante ma anche relazioni con tutte le figure coinvolte (7).

Al di fuori del mondo accademico va segnalato l'interesse per l'ipnosi, una forma di terapia 'non convenzionale' (8), di cui si è occupato Gualtiero Guantieri. Guantieri è autore di una monografia - *Ipnosi medica* (9) - dove illustra i possibili campi d'intervento di questa tecnica ricordando, accanto all'impiego per i disturbi psicomatici, le indicazioni in anestesiology e in ostetricia. Guantieri fu il fondatore dell' 'Istituto Italiano Studi di Ipnosi Clinica e Psicoterapia - H. Bernheim' (10) che, dotato di una propria rivista (11), si è occupato di ricerca e di

formazione (12). Nel 1985, durante il Congresso Nazionale dedicato a *L'ipnosi nelle istituzioni* Lorenzo Burti coglie l'occasione per inquadrare "i problemi connessi all'impiego istituzionale della psico-terapia" (13). Questione complessa per quanto interessa l'ipnosi che, come scrive J. Hoareau, 'non può avere un'indicazione univoca e deve poter mutare le proprie tecniche ed i propri discorsi secondo le indicazioni e la personalità del paziente' (14).

Se l'ipnosi ha avuto un vero e proprio centro di riferimento, altrettanto non si può dire per i primi cultori della psicoanalisi che avrebbero potuto essere più numerosi, se non altro dato l'interesse di Freud per Verona (15). Illustrata in un contesto vagamente ironico da parte di Carlo Terron (16), che non fu solo psichiatra ma anche uomo di teatro, la psicoanalisi ha, tuttavia, suscitato anche nell'ambiente medico veronese qualche interesse ma in un ambito eminentemente privato come quello in cui operava Manlio Pincherle.

In ogni modo, per chiarire la vicenda e le fortune della psicoterapia in Verona, hanno avuto innegabile rilevanza, accanto a quanto affiorato nell'ambito della medicina accademica, le stesse pratiche attuate in due case di cura private – 'S. Chiara' e 'S. Giuliana' – che, soprattutto in occasione della riforma sanitaria, hanno fortunatamente alleggerito la pressione sulla psichiatria pubblica. 'S. Giuliana' fu fondata nel 1951 come 'Istituto Sorelle della Misericordia' ma quanto prima fu aperta al pubblico con la direzione di Giovanni Amaducci che proveniva dal vecchio Ospedale di S. Giacomo. Con il passare degli anni l' 'Istituto' si qualifica come 'Ospedale Religioso Classificato. Specializzato per la cura e la riabilitazione dei disturbi psichici'. La rilevanza dell'approccio psicoterapico s'impone fin dalla direzione di Alessandro Bonetti (17) che nel 1975 organizza un seminario con oggetto il primo colloquio e nell'occasione Giampaolo Lai chiarisce che per operare correttamente in senso psicoterapico il primo colloquio dev'essere intonato da un "orientamento identificatorio" e non

manipolativo (18). L'attenzione all'approccio psicodinamico sarà un motivo costante della pratica in 'S. Giuliana' come confermano le questioni trattate in alcuni convegni i cui Atti sono stati editi da Goriano Rugi: *Il sapere e lo scarto* (19) e il più recente *Il campo gruppale* (20). Quando alla fine degli anni Ottanta a 'S. Giuliana' opera Giorgio Ferlini due veri maestri fanno sentire la propria voce: Paul Claude Racamier (21) e Gaetano Benedetti (22). Si tratta di figure illustri le cui relazioni sono state edite nei 'Quaderni di Aretusa'. L'interesse per la psicodinamica e per la psicoterapia di gruppo continua anche quando 'S. Giuliana' è diretta da Fabio De Nardi che organizza un convegno – *Psicoanalisi e religione* (23) – che, fra i vari relatori, annovera, ancora una volta, Gaetano Benedetti ma anche Salomon Resnik.

Mentre 'S. Giuliana' ha fatto della psicodinamica la principale cifra connotante la propria identità fin dal tempo di Bonetti, 'S. Chiara', l'altra casa di cura veronese, ha invece privilegiato, per qualche tempo, l'aspetto somatico nell'approccio al malato. Fondata nel 1961, 'S. Chiara' ha avuto come consulente Cherubino Trabucchi nel momento in cui gli psicofarmaci hanno mutato il volto della psicosi; 'S. Chiara', del resto, ha accolto molti pazienti che, grazie alla terapia farmacologica, potevano essere ospitati e curati al di fuori dell'Ospedale psichiatrico. Naturalmente, accanto ai farmaci, anche la possibilità di partecipare a gruppi di discussione e la pratica dell'arte-terapia hanno progressivamente avuto il loro spazio. Un vero impulso al rinnovamento delle linee di indirizzo di questa casa di cura lo si deve a Mario Giacomuzzi che non solo ha riorganizzato le pratiche terapeutiche ma di 'S. Chiara' ha fatto un vero centro per vivacizzare la cultura psichiatrica nel suo insieme. Giacomuzzi ha organizzato molti convegni svelando un'apertura di interessi senza preclusioni di sorta. Aperto alla collaborazione con le più diverse sedi accademiche, Giacomuzzi ha valorizzato la psicoterapia (24) senza scordare né l'importanza dei farmaci né gli aspetti genetici che sottendono il disturbo mentale (25).

In breve, sia pure ad uno sguardo rapido in merito alla vicenda della psicoterapia in Verona (dove molte figure e molti contributi sono stati certamente dimenticati nella presente rassegna), si può dire che l'interesse per questa pratica di cura s'impone con crescente rilevanza con la disattivazione dell'Ospedale psichiatrico quando affiora la necessità di far fronte alla vecchia e alla nuova cronicità di matrice psicotica. La questione del trattamento degli psicotici è affrontata non solo in alcuni congressi dedicati esplicitamente alla riabilitazione (26) ma si ripropone anche nell'ambito delle "Giornate psichiatriche di Folgaria" (27): un'occasione di incontro e di confronto per tanti psichiatri. In ogni modo, il mondo della psicosi fu al centro degli interessi di Salomon Resnik che esercitò palese influenza nell'orientare la psicoterapia in Verona.

Salomon Resnik

La figura intellettuale e professionale di Salomon Resnik (1920-2017) è stata ben illustrata, con parole alte, da Enrico Levis in *Forme di vita. Forme di conoscenza* (28), un volume edito nel 2000 proprio in onore di Resnik la cui formazione, dopo la laurea in medicina, lo portò quanto prima a contatto, fin dagli anni di Buenos Aires dove era nato, con Enrique Pichón Rivière le cui conferenze avevano per oggetto la psichiatria classica francese e la psicoanalisi. Ma Resnik allargò la propria formazione portandosi in seguito a Londra e poi a Parigi: fu accanto a Melanie Klein, Herbert Rosenfeld, Wilfred Bion e Donald Winnicott. Una formazione cosmopolita, problematizzata dal costante interesse per il teatro e per ogni espressione umanistica. Una volta giunto a Parigi divise il proprio tempo fra la capitale francese e Venezia, una città onirica dove si rincorrono sogni d'acqua. A Venezia fondò il 'Centro Internazionale Studi Psicodinamici della Personalità' attualmente diretto da Levis.

Resnik si fece conoscere quanto prima, in Italia, con alcuni scritti che rivelano con chiarezza la sua concezione della psicopatologia ma anche il suo modo di accostare i pazienti: si tratta della voce *Isteria* e del volume *Autismo infantile e educazione. Isteria è*

una monografia dove, percorsa la storia di questa vecchia diagnosi, si illustrano i motivi che, proprio in tema di isteria, hanno portato alla nascita della psicoanalisi. Particolare attenzione è riservata alla teatralità del disturbo nello scenario della Salpêtrière, con la regia di Charcot. L'isteria - sottolinea Resnik - ha un ruolo centrale nel pensiero di Freud che, proprio in margine all'interpretazione di questo disordine ha introdotto 'una dimensione interiore e soggettiva là dove la psichiatria classica non offriva che una fenomenologia dell'esteriorità' (29). Significativo per cogliere il suo pensiero è anche *Autismo infantile e educazione*(30): il volume, curato dallo stesso Resnik ed edito dal Ministero della Pubblica Istruzione e dall'Istituto della Enciclopedia Treccani, indica il sentiero che collega il mondo dell'educazione con quello della psichiatria, sia dell'infanzia che dell'adulto. L'autismo è, infatti, una condizione di esistenza che si può cogliere in ogni età della vita, mentre la chiusura al mondo è questione centrale nella psicosi che costituisce il vero, arduo problema in ogni progetto riabilitativo.

Se con i saggi sull'isteria e sull'autismo Resnik si confronta con la storia della psicanalisi e con l'aspetto più complesso del disturbo mentale, in *Persona e psicosi* mostra il proprio debito intellettuale nei confronti della tradizione psichiatrica francese: quando postula la presenza di una parte sintonica nel paziente psicotico, si ricollega, infatti, al motivo più vivo della psichiatria francese, là dove Pinel invitava a lavorare con la parte sana presente in ogni paziente. Nel saggio, un insieme di suggestive osservazioni e di utili suggerimenti, Resnik osserva che il corpo può essere inteso come lo spazio abitato dal mondo interiore, ma sottolinea anche il disagio che investe lo psicotico quando diventa 'una persona-gruppo, un gruppo dove regna una parziale reciproca visibilità tra personaggi che si ignorano' con la fatale interruzione di ogni possibile dialogo. Situazioni di lontananza e di solitudine che invitano a non trascurare nulla che possa essere utile al trattamento (31). Resnik è sempre estraneo ad ogni radicalismo ed anche in altro contesto lascia intendere

come qualche imprecisione altro non possa essere che un'espressione di umanità (32).

L'inconscio, questione centrale in ogni approccio psicoanalitico, è illustrato in una breve monografia dal titolo quanto mai accattivante: *La visibilità del inconscio* (33). Il percorso conoscitivo seguito per affrontare questo tema è scandito da ricorrenti escursioni storiche dove l'esperienza clinica si intreccia con i saperi del passato per guardare a quell'universo di emozioni in movimento che costituisce la vera essenza di ciò che si accalca al di sotto del vissuto cosciente. Il saggio è riprodotto in *Biografia dell'inconscio* (34) dove costituisce la prima parte del volume. *Biografia*, peraltro, è arricchito dall'esposizione degli incalzanti rimandi che saldano l'inconscio con il sogno, con il linguaggio e con il mondo interno nella sua complessità. Ed ancora, Resnik illustra lo stesso rapporto che corre fra inconscio e corporeità ponendo l'accento sulle maschere che lo rivelano.

La ricchezza di prospettive e la libertà con cui Resnik osserva la vita interiore lo invitano ad escursioni nel regno dell'arte e del fantasticare. *Sul fantastico. Tra l'immaginario e l'onirico* (35) è una raccolta di saggi che oscillano fra il riconoscimento della centralità del corpo e lo sguardo sul paesaggio; quanto mai partecipate le pagine su Venezia. *Sul fantastico. Impatti estetici* (36), il secondo dei volumi dedicati al fantasticare, è esplicitamente dedicato all'interpretazione dell'opera di alcuni grandi pittori ma anche di illustri letterati; né mancano stimolanti riflessioni su alcuni motivi mitologici del mondo greco.

Per concludere questa rapida carrellata attraverso la produzione letteraria di Salomon Resnik è, tuttavia, indispensabile un cenno all'ultima fatica: *Aperture. Lezioni dei Seminari veneziani* (37), edito a cura di Enrico Levis. Scrive Levis nella Premessa al testo: 'Se il teatro è stato sempre per Resnik luogo privilegiato per permettere l'acquisizione di nuove prospettive, la coerenza della sua formazione psichiatrica e psicoanalitica veniva arricchita da uno stile poetico personalissimo in

grado di dare voce alle diverse comunicazioni del singolo paziente psicotico facendo anche delle lande più desolate e petrose un mondo abitato, cui avvicinarsi con delicatezza e sollecitudine' (38).

In sintesi, questa breve escursione attraverso gli scritti di Salomon Resnik permette di porre l'accento su alcuni motivi, fuor di dubbio, centrali nel suo pensiero: la tolleranza dottrinale, l'apertura alla complessità storica di ogni cultura, l'interesse esplicito per il paziente psicotico. Si tratta di questioni che nell'insieme hanno garantito la fortuna e l'interesse per la sua opera in un momento quanto mai fluido e disorientato della storia della psichiatria non solo veronese.

Resnik a Verona

L'influenza del pensiero di Resnik nelle pratiche della psichiatria veronese si è fatta sentire soprattutto negli ultimi lustri del '900 quando era quanto mai necessario trovare una via per la riabilitazione di quei pazienti che ormai non trovavano più asilo - un asilo non sempre adeguato e corretto - nell'Ospedale psichiatrico. Questa influenza è stata diretta - legata, in altre parole, ad una effettiva presenza nell'ambiente veronese - ma anche indiretta quando il suo pensiero è stato mediato da allievi, non solo medici e non solo veronesi. Ma qualche messaggio Resnik lo ha trasmesso anche facendo sentire la propria voce in occasione delle 'Giornate psichiatriche' di Folgaria: una piattaforma per comporre in funzione istituzionale le divergenze fra psichiatri - divergenze quanto mai aspre - affiorate con la Legge di riforma sanitaria. Giacomo Di Marco (39), presentando gli Atti delle 'Giornate' del '87 ricorda, appunto, come obiettivo di 'Folgaria' fosse quello di integrare le differenti prospettive teoriche e le pratiche che in quegli anni movimentavano l'assetto della psichiatria. E, nell'occasione, Balestrieri, in linea con le aspettative del convegno, riflette sulle *Convergenze epistemologiche* (40) mentre Resnik, nella giornata conclusiva, con la relazione *Psicosi e istituzioni* (61) sottolinea la rilevanza del lavoro di gruppo in modo da poter operare correttamente per ricostruire il mondo

disintegrato dello psicotico. Resnik, tuttavia, è stato anche concretamente presente, come si è ricordato, nell'ambiente veronese non solo in occasioni congressuali (42) e per qualche seminario (43), ma soprattutto il suo magistero è stato significativo per le supervisioni svolte a 'S. Giuliana' fin dagli anni di Ferlini, come si ricorda in *Visibilità dell'inconscio* (44). Ed ancora, a 'S. Giuliana' Resnik fu presente, con la relazione conclusiva, per il convegno su *Psicoanalisi e religione* (45) dove presentò alcuni casi clinici.

Un ruolo particolare per far conoscere e divulgare il suo pensiero a Verona lo si deve, comunque, a due allievi, se così si può dire: Giovanni Gozzetti e Flavio Nosè. Gozzetti operò nella psichiatria pubblica veronese per brevissimo tempo ma con l'ambiente culturale della città mantenne costanti legami. Briosio, peraltro, il rapporto con Resnik che, concludendo *Sul fantastico*, lo ringrazia per la collaborazione prestata, in veste di Presidente dell'ASVEGRA (Associazione

Veneta per la Gruppoanalisi e Analisi Istituzionale), 'nelle ricerche gruppo-istituzionali sulla psicopatologia' (46); ma, qualche anno dopo, Gozzetti scrive di sentirsi 'allievo, ma solo in parte continuatore' (47): una puntualizzazione giustificata ricordando l'unicità delle folgorazioni poetiche di Resnik, ma verosimilmente legata anche all'esigenza di chiarire la propria posizione connotata da forti interessi per la fenomenologia, che peraltro non era estranea neppure a Resnik. Gozzetti, dopo la sua scomparsa, è stato ricordato con parole affettuose da Vito Sava (48) e da Levis che sottolinea come abbia 'dato vita e spessore a quell'orientamento della psichiatria che riafferma il primato del mondo interno del paziente' (49): ed è quanto raccomandava lo stesso Resnik.

Senza dubbio significativa, per valorizzare il messaggio dello psicoanalista argentino, è stata poi l'opera di Flavio Nosè, una figura stabile nelle 'Giornate' di Folgaria ma più volte presente anche nei convegni orga-

nizzati a 'S. Chiara' al tempo di Mario Giacomuzzi (50). Del resto, Nosè dedica proprio a Salomon Resnik il 'Quaderno di Costagrande 1993-98': una raccolta di quanto era stato detto in occasione delle iniziative di Costagrande, promosse proprio da Nosè.

Le varie relazioni sono poi confluite nel volume *Spartir le pene. Familiare e familiarità nel quotidiano della residenzialità psichiatrica* (51), un elaborato di gruppo dove, fra tanti allievi di Resnik, si possono ricordare Luigi Boccanegra, Giovanni Gozzetti, Enrico Levis ed altri. Ed ancora, un ulteriore ricordo ed attestato di stima nei confronti del magistero di Resnik lo si coglie nel volume, curato da Giacomo di Marco e Flavio Nosè, *La clinica istituzionale in Italia* (52) che contiene una vecchia relazione di Salomon Resnik – *Osservazioni fenomenologiche sull'addestramento dei gruppi di lavoro psichiatrico* (53) – con il commento di Luigi Boccanegra: *Etnografia psicoanalitica e pensiero comparativo* (54).

Riferimenti

1. AA. VV., *Storia della Psicoterapia. Un secolo di cambiamenti*, a cura di D. K. Freedheim, in *Appendice Note per una Storia della Psicoterapia Italiana*, trad. A. Bianchi di Castelbianco e M. L. Ruffa, Roma, Edizioni Scientifiche Ma. Gi., 1998. Nell'Appendice, si veda: R. CIOFI, *Cronologia per una storia della psicoterapia italiana*, pp. 1029-1062. Il saggio si conclude con un elenco delle "Scuole e centri di formazione in Italia" che, divisi per Regione, assommano ad alcune centinaia.
2. Sulla terapia morale: H. BARUK, *Psychiatrie morale expérimentale individuelle et sociale*, Paris, Presses Universitaires de France, 1950. Si veda anche: L. BONUZZI, *Qualche cenno sulla 'Terapia Morale' nella letteratura psichiatrica di lingua francese*, in L. BONUZZI, *Conversazioni su Psicoterapia e Storia*, Legnago (Vr), Girardi, 2010, pp. 33-36.
3. Lungo gli anni '60-'70 del passato Secolo a Verona ha funzionato un 'Centro d'orientamento scolastico e professionale', diretto da Aleardo Rodella, dove gli studenti che avevano concluso la scuola d'obbligo erano indirizzati verso la scelta scolastica più opportuna alla luce di un colloquio facilitato dalla lettura di alcuni test. Ma al 'Centro' affluivano anche studenti universitari e qualche giovane già inserito nel mondo del lavoro e non di rado i colloqui, di chiarificazione e di sostegno,

fornivano l'occasione per un aggancio psicoterapico vero e proprio.

4. Alla fortuna di questo *Atelier*, oggetto di una bibliografia quanto mai vasta, ha contribuito la presenza di un noto artista quale Carlo Zinelli.
5. Antonio Balestrieri, il fondatore della Clinica psichiatrica dell'Università Verona, è presente in città fin dall'anno accademico '69-'70 in seguito allo sdoppiamento del secondo triennio della facoltà medica dell'Università di Padova. A Balestrieri si deve anche l'attivazione della prima scuola veronese di specializzazione in psichiatria nell'anno accademico '70-'71; e con la specializzazione in psichiatria inizia l'insegnamento ufficiale della psicoterapia (F. ROSSI, *L'avvio dello sdoppiamento in Verona del secondo triennio della Facoltà di Medicina di Padova*, in *La nascita della Facoltà di Medicina a Verona*, a cura di F. Rossi, Verona, Università degli Studi di Verona, 2002, pp. 185 e seg.)
6. A. BALESTRIERI, *Introduzione*, in *L'inconscio e le scienze*, a cura di A. Balestrieri e C. L. Cazzullo, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1983, pp. 3-11.
7. O. SICILIANI, *Le fondazioni epistemologiche nella psichiatria universitaria a Verona e nella metodologia psicoterapeutica di Roberto Siani*, in *Psicopatologia e filosofia nella tradizione veronese*, a cura di L. Bo-

nuzzi e G. P. Marchi, Verona, Accademia di Agricoltura Scienze e Lettere di Verona - Università degli Studi di Verona, 1994, pp. 137-157.

8. B. R. BRAGGIO, F. CHIESA, *Tecniche complementari psicosomatiche*, in *Le medicine complementari*, a cura di P. Bellavite et Al., Castelseprio (Va), UTET, 2000, p. 161.
9. G. GUANTIERI, *Ipnosi medica. Introduzione allo studio e alla pratica dell'ipnosi in medicina*, Milano, Wassermann, 1968.
10. Bernheim chiarisce che il sonno ipnotico non è patologico ed osserva come la suggestione sia esaltata dello stato ipnotico che attiva l'immaginazione; l'isterismo è al centro degli interessi terapeutici di Bernheim (H. BERNHEIM, *De la suggestion et de ses applications a la thérapeutique*, Paris, Octave Doin, 1886).
11. Si tratta di 'Acta Hypnologica', portavoce della vita e delle attività del Centro.
12. La vivace attività del Centro, dal 1966 al 1969, è illustrata in *Attività didattica, scientifica, organizzativa*, a cura di P. Parietti, Verona, Centro Studi di Ipnosi Clinica 'H. Bernheim', 1970. In occasione del 'II Corso di aggiornamento di medicina psicosomatica' tenuto in Verona nel 1970, Guantieri trattando delle *Possibilità terapeutiche in medicina psicosomatica* valorizza l'ipnosi.

13. L. BURTI, *L'istituzione: un soggetto refrattario?*, in *L'ipnosi nelle istituzioni. Ruolo e contributo*, a cura di G. Guantieri e S. Ischia, Verona, Istituto Italiano Studi di Ipnosi Clinica e Psicoterapia 'H. Bernheim', 1987, pp. 73-78.
14. J. HOAREAU, *Place de l'hypnose dans le champ psychotérique. Théories et indications*, "Perspectives Psychiatriques", 91 (1983), pp. 105-110.
15. L. OLIVIERI, *Freud, Verona e i veronesi*, in *Psicopatologia e filosofia nella tradizione veronese*, cit., pp. 77-84.
16. C. TERRON, *Il complesso dell'obelisco ovvero le risorse della psicanalisi*, in *Tatro due*, Rocca San Casciano, Cappelli, 1971, pp. 315-344.
17. A. BONETTI, *Introduzione al Seminario*, in *Alcuni interventi psicoterapici nelle istituzioni. Atti del III Seminario Internazionale per Operatori Psichiatrici* - Verona 23-24-25 Maggio 1975, 'psichiatria generale e dell'età evolutiva', 1 (1977), pp. 6-9.
18. G. LAI, *Il primo colloquio*, in *Atti del III Seminario Internazionale per operatori psichiatrici*, cit., pp. 13-30.
19. AA. VV., *Il sapere e lo scarto*, a cura di G. Rugi, Roma, Edizioni Kappa, 1985.
20. AA. VV., *Il campo gruppale*, a cura di G. Rugi e G. Gaburri, Roma, Borla, 1998.
21. P. C. RACAMIER, *Il lutto fondamentale, la depressione espulsa e la creatività*, "I quaderni di Aretusa", 1 (1996), pp. 11-20.
22. G. BENEDETTI, *Psicologia e psicoanalisi nell'ottica psicoterapeutica*, con Presentazione di G. M. Ferlini, "I quaderni di Aretusa", 1 (1996), pp. 21-110.
23. AA. VV., *Psicoanalisi e religione. Nuove prospettive clinico-ermeneutiche*, a cura di M. Aletti e F. De Nardi, Torino, Centro Scientifico Editore, 2002.
24. Di particolare interesse per la psicoterapia: AA. VV., *Depressione: terapie biologiche e psicoterapie*, a cura di M. Giacomuzzi, Verona, Casa di cura 'Villa S. Chiara', 1993; AA. VV., *Verità e bugie nel rapporto terapeuta-paziente*, a cura di M. Giacomuzzi, Verona, Casa di cura privata 'Villa S. Chiara', 2004.
25. M. GENNARELLI, *Farmacogenetica in psichiatria*, Presentazione di M. Giacomuzzi, Verona, Casa di cura privata 'Villa S. Chiara', 2004.
26. AA. VV., *Disagio e promozione sociale degli esclusi*, Presentazione di G. F. Zuanazzi, Verona, Centro per la Formazione Permanente degli Educatori, 1979; AA. VV., *Riabilitazione psicosociale*, a cura di L. Burti, R. Siani, O. Siciliani, Milano, Franco Angeli, 1990.
27. Sulle 'Giornate psichiatriche di Folgaria': G. DI MARCO, *Giornate psichiatriche di Folgaria*, 'Società Italiana di Psichiatria' Bollettino scientifico e di informazione', III, marzo (1996), pp. 33-34; L. BONUZZI, *Ricordo delle 'Giornate Psichiatriche di Folgaria'*, "Verona Medica", 1 (2017), pp. 46-48.
28. E. LEVIS, *Salomon Resnik e la visibilità dell'inconscio: una prospettiva veneziana*, in *Forme di vita. Forme di conoscenza. Un percorso fra psicoanalisi e cultura*, a cura di E. Levis, Torino, Bollati Boringhieri, 2000, pp. 15-27.
29. S. RESNIK, *Isteria*, in *Enciclopedia*, Torino, Einaudi, 1979, vol. 7, pp. 1009-1031.
30. S. RESNIK, *Il territorio autistico*, in *Autismo infantile e educazione*, a cura di S. Resnik, Roma, Ministero della Pubblica Istruzione - Istituto della Enciclopedia Italiana, 1982, pp. 25-40.
31. S. RESNIK, *Persona e psicosi. Il linguaggio del corpo*, trad. U. Risso Trenkel e L. Fontana, Torino, Einaudi, 1976, pp. 3, 22, 85.
32. S. RESNIK, R. MULATO, *Dialogo tra uno psicoanalista ed un filosofo sulle categorie dell'esistenza*, Castrovillari (Cs), Teda Edizioni, 1993, p. 58.
33. S. RESNIK, *La visibilità dell'inconscio*, Castrovillari (Cs), Teda Edizioni, 1994.
34. S. RESNIK, *Biographie de l'Inconscient*, Préface de R. Kaës, Paris, Dunod, 2006.
35. S. RESNIK, *Sul fantastico. Tra l'immaginario e l'onirico*, Torino, Bollati Boringhieri, 1993.
36. S. RESNIK, *Sul fantastico. Impatti estetici*, Torino, Bollati Boringhieri, 1996.
37. S. RESNIK, *Aperture. Lezioni dai Seminari veneziani*, a cura di E. Levis, Venezia, Libreria Editrice Cafoscarina, 2019.
38. E. LEVIS, *Premessa del curatore*, in S. RESNIK, *Aperture etc.*, cit., p. 10.
39. G. DI MARCO, *Presentazione*, in *Giornate psichiatriche - Altipiano di Folgaria (Trentino, 18-25 gennaio 1987)*, "psichiatria generale e dell'età evolutiva", Suppl. 2 (1987), pp. 3-4.
40. A. BALESTRIERI, *Convergenze epistemologiche in psichiatria*, in *Giornate psichiatriche etc.*, cit., pp. 5-18.
41. S. RESNIK, *Psicosi e istituzione*, in *Giornate psichiatriche etc.*, cit., pp. 151-164.
42. S. RESNIK, *Dionysos*, in *Vino ed educazione alimentare*, a cura di L. Bonuzzi, Verona, Consorzi Tutela Soave e Valpolicella, 1983, pp. 145-169.
43. Si ricorda l'incontro 'Psicosi e realtà' del 27 maggio 1987 presso il 'Centro Marani' dell'Ospedale di Borgo Trento organizzato da Aldo Cunego e Flavio Nosè.
44. S. RESNIK, *Visibilità del inconscio*, cit., pp. 38, 42.
45. S. RESNIK, *La verità e le sue maschere: religione e psicoanalisi*, in *Psicoanalisi e religione. Nuove prospettive clinico-ermeneutiche*, a cura di M. Aletti e F. De Nardi, Torino, Centro Scientifico Editore, 2002, pp. 325-336.
46. S. RESNIK, *Sul fantastico. Tra l'immaginario e l'onirico*, cit., p. 255.
47. G. GOZZETTI, *'Glosse' fenomenologiche sugli scritti di Salomon Resnik intorno a psicosi, corpo e persona, in Forme di vita. Forme di conoscenza*, cit., pp. 64-79.
48. V. SAVA, *Giovanni Gozzetti: frammenti affettuosi di memoria per un maestro di esperienze umane e professionali*, 'Gruppi nella clinica, nelle istituzioni, nella società', 2 (2014), pp. 77-86.
49. D. LEVIS, *Giovanni Gozzetti: gusto e atmosfera*, 'Gruppi nella clinica, nelle istituzioni, nella società', 2 (2014), pp. 87-94.
50. F. NOSÈ, *Gli affetti del terapeuta*, in *Personalità e Depressione*, a cura di M. Giacomuzzi, Verona, Casa di cura 'Villa S. Chiara', 1992, pp. 87-91; ID., *Psicoterapia, esperienza depressiva e clinica della depressione*, in *Depressione: terapie biologiche e psicoterapia*, a cura di M. Giacomuzzi, Verona, Casa di cura 'Villa S. Chiara', 1993, pp. 27-39; ID., *A cavallo di un manico di scopa: le vicissitudini dell'oggetto estetico*, in *Arte e psicopatologia*, a cura di M. Giacomuzzi, Verona, Casa di cura 'Villa S. Chiara', 1997, pp. 83-92; ID., *Rischio adolescenza e adolescenza a rischio*, in *Adolescenza prolungata. Giovventù bruciata*, a cura di M. Giacomuzzi, Verona, Casa di cura privata 'Villa S. Chiara', 1999, pp. 22-37; ID., *Vero, verosimile, falso: cosa si raccontano terapeuti e pazienti, in Verità e bugie nel rapporto terapeuta paziente*, a cura di M. Giacomuzzi, Verona, Casa di cura privata 'Villa S. Chiara', 2002, pp. 11-20.
51. AA. VV., *Spartir le pene. Familiare e familiarità nel quotidiano della residenzialità psichiatrica*, a cura di F. Nosè e L. Speri, Verona, Casa Editrice Mazziana, 1999.
52. G. DI MARCO, F. NOSÈ, *La clinica istituzionale in Italia. Origini, fondamenti, sviluppi*, Rovereto (Tn), Stella, 2008.
53. S. RESNIK, *Osservazioni fenomenologiche sull'addestramento dei gruppi di lavoro psichiatrico*, in *La clinica istituzionale in Italia etc.*, cit., pp. 155-172.
54. L. BOCCANEGRÀ, *Etnografia psicoanalitica e pensiero comparativo*, in *La clinica istituzionale in Italia etc.*, cit., pp. 173-184.

Salomon Resnik, psichiatra e psicoterapeuta dalla formazione cosmopolita, fu allievo di Enrique Pichón Rivière, Melanie Klein, Herbert Rosenfeld, Wilfred Bion e Donald Winnicott. Negli ultimi lustri del '900 esercitò una palese influenza nelle pratiche psicoterapiche del Veneto, in particolare a Venezia e Verona. Fra gli allievi: Giovanni Gozzetti, Enrico Levis, Flavio Nosè e tanti altri.

Parole chiave: Salomon Resnik, psicoterapia nel Veneto (Venezia e Verona), allievi veronesi.

Salomon Resnik, a psychiatrist and psychotherapist with cosmopolitan background, was a disciple of Enrique Pichon Rivière, Melanie Klein, Herbert Rosenfeld, Wilfred Bion and Donald Winnicott. In the last decades of the twentieth century he had a clear influence in the psychotherapeutic practices of the Veneto region, in particular in Venice and Verona. Among the disciples: Giovanni Gozzetti, Enrico Levis, Flavio Nosè and many others.

Key words: Salomon Resnik, psychotherapy in Veneto (Venice and Verona), Veronese disciples.

Lugi Mendini chirurgo con mansioni di medico durante il colera a Trevenzuolo nel 1836*

Gianna Ferrari De Salvo

PREMESSA

Nell'Ottocento, il Veronese e molte altre località italiane sono state devastate da varie epidemie di colera, la prima nel 1835-37, seguite da altre: nel 1849, poi nel 1854-55, nel 1865-67, nel 1884-87 ed infine nel 1893¹.

Questo "flagello" non ha fatto più vittime di altri abbattutisi in quel secolo quali la malaria, il morbillo, il tifo, la tubercolosi, il vaiolo; piuttosto ha colpito moltissimo l'immaginazione pubblica per la sua rapida evoluzione dalla sintomatologia sconcertante, per il suo carattere improvviso e aggressivo con cui portava rapidamente alla morte². Ancor oggi, nelle nostre campagne, per definire una persona particolarmente cattiva si dice che è come il colera.

I medici non sapevano molto su questa tossinfezione intestinale, non più di quel che avevano appreso sui testi di Ippocrate e Galeno. All'inizio non aveva nemmeno un nome, per cui si parlava, genericamente, di "morbo epidemico o asiatico" e solo dopo qualche caso conclamato, l'infezione si poteva classificare come "cholera morbus" o semplicemente colera. La scienza medica ne ignorava ancora le cause e le modalità di trasmissione. Solo molti anni più tardi si osservò che la morbilità e la mortalità erano legate anche a cause sociali, come la povertà e il sovraffollamento, con la conseguente impraticabilità delle più elementari norme igieniche, in *primis* l'inadeguatezza dello smaltimento degli escrementi. Le latrine, dove esistevano, erano spesso nei cortili (dove c'era magari anche il pozzo) e lo scarico avveniva in una fognatura, certamente a tenuta non stagna, che era svuotata solo quando tracimava.

I METODI DI CURA

I sanitari - impotenti per l'inesperienza - cercavano di soccorrere i contagiati con qualsiasi supporto terapeutico a disposizione. Prevalsa il più totale empirismo e ciascuno testava un proprio metodo curativo. Se era incerto che tipo di malattia fosse il colera (contagioso o epidemico), a maggior ragione ancora più incerte erano le terapie. Furono sperimentati trattamenti stranissimi e privi di ogni efficacia, se non addirittura controproducenti; il tasso di mortalità rimaneva insopportabilmente alto ma, nonostante tutto, qualcuno guariva. Ciascun medico «professò i propri principii e non uno riuscì per anco a trovare non solo uno specifico, ma neppure un sicuro trattamento curativo»³.

Con la maggior parte dei tentativi medicamentosi i malati si debilitavano ulteriormente e la condizione clinica si aggravava. Gli infetti, già fortemente disidratati e spossati da vomito e diarrea incoercibili, venivano trattati con la solita flebotomia e con la somministrazione di purganti, con esiti catastrofici. Nella forma leggera, detta *colerina*, veniva consigliato un leggero infuso d'ipecacuana⁴, bevande e clisteri rinfrescanti e il solito salasso, trattamento ritenuto efficace per ogni male; si usavano sanguisughe, bicchieri da coppettazione, e medicinali come il calomelano⁵, lassativo e diuretico, considerato il principale disinfettante intestinale.

In presenza di forte vomito e diarrea, erano indicate limonate addizionate a gomma arabica⁶ e laudano, clisteri di acqua di riso con laudano e una dieta leggera priva di vino. Nella forma algida, per combattere la refrigerazione, con inevitabile perdita delle

forze vitali, si riattivava la circolazione dell'infermo con sostanze eccitanti, procedendo contemporaneamente al riscaldamento del corpo con bottiglie d'acqua calda, frizioni con aglio, olio canforato o olio di trementina, con tintura di iodio, con cloruro di calce, oppure si ricorreva a ripetuti bagni caldi, all'impacco del corpo nudo in coperte di lana riscaldate; si faceva uso di oppio, bismuto, linimento con acetato di morfina, pomata con atropina, solfato di chinino infuso nel vino.

In alcune realtà fu introdotta la somministrazione di bibite alcoliche, in particolare il rum col caffè e il vino caldo aromatizzato (il *vin brûlé*), a cui nello stadio algido era affidata la speranza di riaffermare la vita che sfuggiva. Di fronte alla tragicità della situazione i medici cercavano di tranquillizzare la popolazione. Il veronese Brunelli asseriva che «il timore è somma disposizione allo sviluppo del cholera morbus»⁷. Più tardi, l'Andrioli proponeva il digiuno e riportava il proverbio «dieta e serviziale (=clistere) guarisce da ogni male»⁸. I quattro cardini fissati per mantenersi in salute erano «pulitezza, sobrietà, castità e tranquillità»⁹, niente eccessi, non solo nell'alimentazione, «vuolsi da i più contraria la venere; i savii dicono non nocevole, se parchissima», e, soprattutto, tenere il ventre «netto e obbediente»¹⁰.

Il popolino aveva certamente poca fiducia nei presidi medici, che sovente si rivelavano inutili; in più, i tessuti muscolari disidratati dalla malattia tendevano a contrarsi e ad assumere una colorazione cianotica che faceva pensare all'avvelenamento¹¹. Le dicevano che i medici volessero avvelenare i poveri - che essendo più deboli strutturalmente pagavano un caro prezzo

all'epidemia - su pressione dei ricchi e dei governanti, causarono insofferenza e spesso rifiuto delle cure (che comprendevano la segregazione e il ricovero negli ospedali per colerosi che ad ogni epidemia venivano ovunque allestiti¹²). Più di un ricoverato, per paura del "veleno", si lasciò morire anche di sete pur di non ingoiare i medicinali¹³.

Se si prestava orecchio da parte delle autorità anche a preparati proposti da barbieri (che fino ad allora erano anche chirurghi o *pratici*), a maggior ragione la plebe ricorreva a rimedi tradizionali (o quantomeno a quelli di cui si fidava), senza rivolgersi ai medici. Uno di questi, usato durante l'epidemia del 1855, è riferito dal parroco del sobborgo veronese di Tomba Extra, don Alessandro Melegatti: Fasciatura di senape dalli piedi fino alle ginocchia e tutto il dorso fino al collo; si ottenne istantaneo calore e sudore copioso. Astergere con un fascetto di ortiche le parti tormentate da crampi; al momento tave (=ponfi) copiose alla pelle e il paziente venne sollevato da quelli acerbi dolori. Infondere in mezzo bicchiere di vino, o meglio di aceto, estratto di aglio vecchio (=germogliato), limone, con due cucchiari di caligine di cappa di camino, tamisata alla somiglianza del caffè. Questa bibita diede il buon effetto di fermare il vomito, la diarrea, il singhiozzo. Bibita di acqua limonata, di ghiaccio e di brodo e di fondi di caffè mantengono il sudore regolato e impediscono che l'ammalato cada nei deliri e negli sfinimenti¹⁴.

Una *Farmacopea anticolerica* elencava 238 descrizioni di farmaci, tutti inefficaci secondo le attuali conoscenze, mentre il *Supplemento alla Farmacopea Universale Anticolerica del farmacista veronese Sembenini*¹⁵ ne catalogava ben 263. Risale al 1832 un volumetto di 24 pagine pubblicato a Venezia, di autore ignoto, intitolato *Istruzioni per infermieri ed altri individui che si dedicano all'assistenza degli ammalati di Cholera*, dove sono inserite le «Regole generali pel trattamento dei colerici; tutte le notizie riguardanti le infusioni, le decozioni, la limonea¹⁶, le emulsioni con semi di melone, di zucca, di mandorle dolci e

di papavero». Vengono illustrati i rimedi esterni quali: fregagioni, fomenti, senapismi, vescicanti, bagni, clisteri, applicazione delle sanguisughe. Seguono le istruzioni per gli infermieri che operano nei Comuni, in soccorso nelle case private e, in appendice, si elencano le 15 «cose necessarie da tenersi pronte nelle famiglie, o dagl'infermieri durante l'epidemia»:

1. Mattoni, pezzi di ferro, sabbia tenuta calda sul focolare
2. Coperte di lana e di flanella, spazzette (=pezze di lana) per le fregagioni
3. Una tinozza, e bottiglie per acqua calda
4. Una sciringa (sic!) da clisteri
5. Aceto di vino, un paio di libbre
6. Spirito di vino, una libbra
7. Spirito di vino canforato, mezza libbra
8. Farina di senape, una libbra, e cren¹⁷ in più pezzi
9. La mistura di Wisnitze¹⁸
10. Bacche di ginepro e di alloro
11. Della malva, dell'altea, del salep¹⁹, mezza libbra delle prime, un'oncia dell'ultimo
12. Erba di melissa, menta cresspa, camomilla, sambuco, riso, orzo
13. Stoppa, bambagia
14. Limoni
15. Olio di ricino e di oliva

LE EPIDEMIE DI COLERA A TREVENZUOLO E UNA NUOVA TERAPIA

Nel 1836 il colera fece la sua comparsa a Trevenzuolo, gli infetti furono 87 di cui 31 morti. Nell'emergenza creatasi, la condotta medica, in quel tempo vacante, fu coperta in via interinale dal chirurgo maggiore Luigi Mendini. In virtù della sua vasta cultura ed esperienza, facendo eccezione a quanto previsto dalla legge²⁰, la Congregazione Provinciale lo ritenne idoneo a sostituire il medico condotto²¹. Nuovamente il morbo asiatico si abbatté sulla città di Verona e in alcuni paesi della provincia nel 1849. Il 29 agosto di quell'anno la Delegazione di Verona trasmise alla Congregazione Municipale «coll' incarico di farne tener copia al dipendente personale sanitario [...] e a quelle Comuni in cui domina il Cholera», la 'Memoria' di Pietro Paolo Papa²², medico di Desenzano. Nel 1836 il dottor Papa si era ammalato di colera e ne era guarito dopo esser-

si cosparso il corpo con l'ammoniaca. Aveva visto delle similitudini fra il suo stato e quello di un uomo morso da una vipera, che asseriva d'aver medicato con quelle modalità e con esito favorevole. I malati di colera da lui assistiti «dal 17 luglio al 12 agosto 1842 erano stati 20, dei quali 11 erano morti senza aver ricevuto alcuna cura, 8, superstiti, erano stati curati con l'ammoniaca, il nono non era stato medicato essendo lieve il caso». Il metodo da lui messo in pratica, nella forma algida, consisteva in un «infuso di the caldo addizionato con mezza dramma di laudano liquido da assumere più volte nella giornata, e 2 o 3 once di ammoniaca liquida versata sul petto e sulla regione epigastrica, in modo da sollevare le vesciche» e, nei casi più ostinati, altre aspersioni lungo la spina dorsale²³.

Il 16 settembre 1849, il chirurgo maggiore Luigi Mendini di Trevenzuolo indirizzò una lettera a Papa per elogiare il rimedio adottato, aggiungendo alcune riflessioni reputate indispensabili per rendere meno pericolosa e più completa l'azione dell'ammoniaca «in fatto fornita di virtù contrarie al terribile morbo delle Indie». Il chirurgo non intendeva discutere «la terapia, né l'indole e sede del morbo e al modo dell'azione dell'alcali volatile». Qualora se ne fosse presentata l'opportunità, si dichiarava favorevole a prescrivere il prezioso sussidio e a rendere pubblico il risultato conseguito, suggerendo, tuttavia, di trovare una somministrazione più sicura «perché non si getti indarno l'ammoniaca stessa, col versarla sul petto e sullo spinale midollo» cercando d'impedire che venisse ispirata²⁴. La terza epidemia, quella che ha lasciato più vividi ricordi, è quella che ha imperversato nel 1855. La ripresa del contagio nel comune di Trevenzuolo iniziò l'11 luglio e durò, con qualche breve tregua, fino al 9 settembre seguente: i morti furono 61. In quell'occasione Mendini, che nel 1852 si era laureato in medicina e aveva assunto l'incarico di medico condotto del paese, si adoperò «con zelo, premura e vera abnegazione di sé, di giorno e di notte a sollievo dei travagliati del terribile flagello indiano». Questo fu il giudizio espresso dalla locale Deputazione

Comunale per giustificare la parcella deliberata per i 60 giorni delle sue prestazioni²⁵. In una memoria compilata dallo stesso Mendini si apprende che in quell'occasione egli ebbe l'opportunità di testare alcune terapie sui colerosi del suo territorio²⁶.

LA SUA CARRIERA

Non è chiaro perché il chirurgo Luigi, nell'atto di donazione stipulato dal padre nel 1835 in favore dei figli, sia qualificato come «studente chirurgo all'Università» poiché già cinque anni prima aveva ottenuto l'incarico di chirurgo condotto a Trevenzuolo²⁷. Dopo la frequentazione dello Studio patavino egli era rimasto molto legato al professore Giacomo Andrea Giacomini (che lo definì «ottimo allievo»)²⁸, con il quale condivise le proprie teorie su natura e cura di alcune malattie. La grande passione per lo studio e la ricerca spinse il Mendini a conseguire la laurea in medicina che avvenne a Padova nel 1852 con la tesi: *Risposta alla controversia sulle febbri intermittenti del prof. cav. G. Tommasini*.

Fu socio dell'Accademia di Scienze, Lettere e Arti di Padova e membro di molti Congressi Scientifici italiani di Medicina e Chirurgia. Pubblicò molte memorie mediche, confrontandosi con illustri colleghi su diverse patologie. La maggior parte dei suoi studi furono accolti favorevolmente dai suoi contemporanei e commentati in molte pubblicazioni scientifiche.

Il tema che più lo coinvolse fu quello delle febbri intermittenti che imperversavano in Trevenzuolo e nei paesi limitrofi dove molti terreni erano adibiti a risaia. Ne individuò la causa principale nel caldo unito ai vapori paludosi, nel consumo di carni e pesci salati, nell'abuso del vino, nei patemi d'animo e in altre concause. Ipotizzò, come condizione essenziale di tali febbri, «una portite o iperstenia della vena porta, al periodico acerbarsi della quale corrisponde, come effetto, l'arterite da cui è costituito l'accesso febbrile».

Si dedicò anche allo studio delle nevralgie ischiatiche e crurali ribelli. Trovando insufficiente nel trattamento di queste patologie l'uso analgesico dei senapismi e dei vescicanti (semplici o cosparsi di polvere arsenicale),

pensò di aggiungere agli stessi una somministrazione orale di 1 grano di arsenico in due libbre d'acqua da consumare in 3 o 4 giorni. Nel caso si fosse dovuta sospendere detta terapia, suggeriva di ricorrere a «cacciate di sangue», a purgativi rilassanti o alle unzioni mercuriali eseguite con il metodo di Cirillo²⁹.

Quando Mendini espose questa sua teoria nel Congresso di Venezia del 1847, fu censurato da alcuni colleghi che ritenevano assai pericolosa l'assunzione dell'arsenico in qualsiasi malattia, specie in quelle per le quali si conoscono altri rimedi meno rischiosi³⁰. Ciò nonostante, fu appoggiato da molti altri, quali Tommasini³¹, Raimann³², Meli³³ e Puccinotti³⁴, ma soprattutto dal suo professore Giacomo Andrea Giacomini.

LUIGI MENDINI E LA SUA FAMIGLIA

«Il funerale sia semplice e sulla tomba, già fatta in cotto, sia indice una modesta pietra che ricordi il mio amore alla famiglia mia e alla coltura della Medicina»³⁵. Così si conclude il testamento olografo redatto il primo febbraio 1876 dal Mendini, deceduto a Trevenzuolo il primo giugno seguente. Suoi eredi i quattro figli Augusta, Clarice, Emilia, Vittorio (medico a Nogaro Rocca), e l'ultima moglie Felibeni Teresa.

Luigi era nato a Mizzole (Verona) il primo giugno 1807 da Domenico del fu Vincenzo, nativo di Pellegrina in comune di Isola della Scala³⁶, e da Rosa Apostoli di Povegliano.

Non conosciamo il motivo per il quale i suoi genitori si erano trasferiti a Mizzole dove vissero per alcuni anni. Possiamo solo supporre che il padre Domenico fosse qui giunto in qualità di fattore presso la tenuta agraria dei nobili Beretta³⁷. In seguito, la famiglia si spostò a Trevenzuolo (Verona) dove Luigi, quarto di 6 figli, di cui due sacerdoti³⁸, subito dopo aver conseguito il dottorato in chirurgia maggiore³⁹, e nel 1852 in medicina, esercitò la sua professione fino al 1878 anno della sua morte. Nel 1838, in prime nozze, sposò Comendù Carla (o Carolina) dalla quale ebbe: Sergia, Silvia Augusta⁴⁰, Ignazio Giuseppe Vittorio, e i gemelli Elisabetta Teresa e Ignazio

Vittorio. Di questi sopravvissero solo Augusta e Teresa. Da Codognola Eurosia, sua seconda moglie, nacque Maria Clarice⁴¹. Dalle terze nozze con Longhini Josepha Francesca celebrate nel 1846, venne alla luce un maschio, deceduto alla nascita. Morta anche la terza moglie, nel 1849 si risposò con Felibeni Teresa. Da questa unione nacquero Emilia Elisa (o Elisabetta)⁴² e Vittorio⁴³.

Le sue opere scientifiche:

- *Memorie sul Cholera morbus*, appendice al «Bullettino delle scienze mediche», 1836.
- *Sulla causa delle nevralgie*, in «Commentarii di medicina», Padova 1837, vol. 3, p. 418.
- *Appendice alla lezione del prof. Giacomini sulla virtù della China*⁴⁴ (riflessioni per comprovare l'efficacia ipotermizzante della china e suoi preparati; uso della china nelle febbri continue lente, ecc.; nelle febbri intermittenti semplici, ecc.; nelle febbri così dette larvate), Verona 1837.
- *Sulla virtù della china confermata da casi pratici*, «Memoriale della Medicina Contemporanea», Venezia 1938, vol. I, pp. 256-268.
- *Appendice seconda alle lezioni sulla china del prof. Giacomini*, «Memoriale della Medicina...», Venezia 1839, vol. I, fasc. V, pp. 257-269.
- *Altro caso pratico confermando l'azione della China del professor Giacomini* «Memoriale della Medicina...», Venezia 1839, vol. II, pp. 215-213.
- *Natura iperstenica delle febbri perniciose confermata dalle Storie del prof. Puccinotti*, «Memoriale della Medicina...», Venezia 1840, vol. IH, fasc. 2 e segg.
- *Commenti alle febbri perniciose descritte, diretti a confermare la sede della condizione essenziale delle medesime del dottor Luigi Mendini dal professor Puccinotti*, Venezia 1840.
- *Della periodicità e sede della condizione essenziale primitiva delle febbri intermittenti*, «Memoriale della Medicina...», Venezia 1840, vol. III, p. 162-223.
- *Sulle flogosi intermittenti delle febbri perniciose*, «Annali Universali di Medicina», Milano 1840.
- *Della influenza del sangue della vena porta a generare i parossismi febbrili*, in «Miscellanea Corradi»,

8° 374-13, in «Catalogo del fondo Corradi, Biblioteca dell'Università di Pavia», non datato.

- *Descrizione anatomica di una gravidanza extrauterina interstiziale, o intraparietale, con alcune ricerche e congetture tendenti a rintracciare il modo di formazione di questa gravidanza extrauterina*, 1840, «Memoriale della Medicina...», Venezia 1841, vol. V, pp. 572-573.
- *Classificazione dinamica delle febbri intermittenti e ulteriori delucidazioni sulla sede delle stesse*, in «Annali Universali di Medicina», Milano 1841, vol. 97, pp. 477-507.
- *Appendice terza alle lezioni sulla china del prof. Giacomini*, «Memoriale della Medicina...», Venezia 1841, vol. V, pp. 205-213 (qui Mendini descrive decorso, terapia e guarigione di alcuni suoi pazienti di Trevenzuolo colpiti da peripneumonia).
- *Natura e sede delle febbri periodiche, convalidate dalle storie registrate nel "Traité des fièvres intermittentes" di Bailly⁴⁵*, in «Annali di Medicina Straniera», a cura di C.G. A. Omodei e continuati dal dottor C. A. Calderini, Milano 1842, vol. 105, pp. 473-488.
- *La Classificazione dinamica delle periodiche*, in «Annali di Medicina Straniera», Milano, febbraio 1843.
- *Dottrina delle febbri intermittenti*, in «Annali Universali di Medicina», febbraio-marzo 1843.
- *Di un metodo curativo delle nevralgie ischiatiche e crurali* [con l'uso di un grano di arsenico], «Annali di Medicina Straniera», Milano 1847, vol. 128, pp. 87-91.
- *Considerazioni intorno alle osserva-*

zioni critiche del dott. Antonio Longo sui principi generali del Trattato filosofico-sperimentale del prof. G. A. Giacomini, memoriale marzo-aprile 1847, in «Foglio di Verona».

- *Biografia del prof. Giacomini*, memoriale 9 e 11 marzo 1850, in «Foglio di Verona».
- *Risposta alle controversie sulle febbri intermittenti del professore cav. G. Tommasini cui per conseguire la laurea dottorale in Medicina nel gennaio 1852 nell'I. R. Università di Padova, dà in luce Luigi Mendini di Trevenzuolo provincia di Verona, già chirurgo maggiore, socio dell'I. R. Accademia di scienze, lettere ed arti in Padova, e membro effettivo di più congressi scientifici italiani*, Padova 1852.
- *Dei principi a seguirsi nella fondazione e nella costruzione degli asili per gli alienati di mente* (commento al saggio di Maximien Parchappe⁴⁶: *Des principes à suivre, etc.*), in «Annali di Medicina Straniera», Milano 1854, pp. 197-201.
- *Sull'azione del Solfato di China: lettera diretta a P. Briquet⁴⁷ medico dell'Ospedale della Carità di Parigi*, in «Annali Universali di Medicina», Milano 1854, vol. XIII, serie IV, fasc. 445, pp. 187-200.
- *Amaurosi d'anni nove guarita in due giorni* (col semplice collirio di laudano liquido del Sydenham⁴⁸), in «Annali di Medicina Straniera», Milano 1857, vol. 155, pp. 26-39, dalla relazione del 27 nov. 1854.
- *Nel primo assalto del cholera indiano...*, «Gazzetta Ufficiale di Verona», Anno I, sabato 25 agosto 1855, n. 34.
- *La Chinina e la Morfina dinamica-*

mente si elidono. Nota diretta al dottor F. Lussana⁴⁹, in «Annali Universali di Medicina», Milano 1857, serie 4, vol. 26, fasc. 484.

- *Sperimenti di confronto sulla cura del Cholera indiano*, «Gazzetta Medica italiana delle province venete», Padova 1866, vol. IX, pp. 198, 200.
- *Il nuovo indirizzo in medicina è infirmato dalla tradizione ippocratica e della cura delle infiammazioni cogli antiflogistici*, in «Annali Universali...», Milano 1869, p. 867.
- *L'antagonismo farmacologico, ossia l'odierna medicina praticamente giudicata dalla dottrina medica italiana, memoria*, Milano 1873, in «Annali Universali...», p. 154.
- *Il salasso e la sua logica azione antiflogistica*, memoria 3, Milano 1875, pp. 34.
- *Storia di una voluminosa cisti multiloculare della tiroide guarita con la spaccatura*, «Buletto delle scienze mediche di Bologna», Bologna 1880, pp. 263-270.

* Sono particolarmente riconoscente a Bruno Chiappa per i suoi suggerimenti, a Rosalia Di Lorenzo dell'Archivio di Stato di Verona, e ad Agostino Migliorini di Trevenzuolo per essersi prodigato nella ricostruzione del nucleo familiare del dottor Mendini attraverso la consultazione dei registri anagrafici parrocchiali su autorizzazione del parroco don Alberto Speranza.

Abbreviazioni:

APT= Archivio Parrocchiale Trevenzuolo

ASVr= Archivio di Stato Verona

Note e bibliografia

- 1 E. TOGNOTTI, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Laterza, Roma-Bari 2000.
- 2 A. L. FORTI MESSINA, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in «Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina», a cura di Franco Della Peruta, Torino 1984, p. 431.
- 3 *Storia e quadri statistici della invasione cholera in Verona nell'anno 1855. Osservazioni di Francesco Bagatta e G. Dottor Ganz*, Verona – Milano 1856, p. 6.
- 4 Piccolo arbusto delle Rubiaceae, originario del Sud America. Le radici e i rizomi contengono il 2% di alcaloidi (emetina, cefelina) con proprietà irritanti sulla parete dello stomaco ed effetto sul sistema

nervoso centrale. Se ne ricavano uno sciroppo e un estratto fluido, utilizzati come pro-emetico e, in piccole dosi, come espettorante.

- 5 Il calomelano è un minerale (cloruro mercurioso), descritto per la prima volta da Abraham Gottlob Werner nel 1789. In medicina, prima che cadesse in disuso, veniva impiegato come purgante energetico, come vermifugo e per fumigazioni antiluetiche.
- 6 La *Guma arabica*, una resina che fu un componente importante della Teriaca di Andromaco, venne usata come lassativo modificante e anche nelle diarree.

- 7 A. BRUNELLI, *Osservazioni mediche fatte nell'anno 1835*, «Memorie dell'Accademia d'agricoltura, commercio ed arti di Verona», vol. XV, Verona 1836, p. 358.
- 8 L. ANDRIOLI, *Choleroidei e cholera e modo d'evitarli*, Verona 1868, pp. 58 - 60.
- 9 G.B. SEMBENINI, *Gazzetta Eclettica di Chimica- Tecnologica- Economia e di rispettiva letteratura e commentario della conversazione chimico-farmaceutica che mensilmente radunasi presso il cav. G. G. Orti*, serie II, vol. VI, Verona 1837, p. 511.
- 10 FORTI MESSINA, *L'Italia dell'Ottocento...*, p. 486.
- 11 TOGNOTTI, *Il mostro asiatico...*, p. 6.

- 12 FORTI MESSINA, *L'Italia dell'Ottocento...*, p. 487.
- 13 Ivi, p. 481.
- 14 P. PERINA, *Sanare infirmos. Gli assalti dal fatal morbo in un suburbio della città di Verona. Tomba Extra, estate 1855*, Verona 2010, p. 36.
- 15 Titolo completo dell'opera: *Supplemento alla Farmacopea Universale di A. J. L. Jourdan tradotta ed annotata dal farmacista Giovanni Battista Sembenini contenente la Farmacopea anticolerica, ossia Formulario dei preservativi, dei medicinali e delle formule mediche approvate ed usate dai più esperti medici in Russia, in Polonia, in Germania, in Inghilterra, in Francia e in Italia contro il cholera morbus, raccolte e cresciute dal farmacista G. B. Sembenini*, Venezia 1835.
- 16 Uno sciroppo antiflogistico, controeccitante e refrigerante composto con acqua distillata e acido solforico. L'intera dose doveva essere assunta in una giornata a più riprese.
- 17 La barbaforfe è una pianta erbacea perenne della famiglia delle Brassicaceae. Chiamata anche rafano di Spagna o *cren*, la cui radice macerata nel vino o nella grappa, può fungere da cataplasma per la cura di reumatismi, strappi muscolari, artriti, sciatalgie e, grattugiata cruda, per preparare una salsa. Contiene calcio, potassio, fosforo, ferro e magnesio, atti a contrastare influenza, raffreddore, infiammazioni del tratto urinario. Decongestionante del fegato, stimola la digestione. Il suo contenuto in sinigrina lo rende un antibiotico naturale, regola la pressione arteriosa e, insieme al potassio, ne fa un potente vasodilatatore. Espettorante e fluidificante del catarro, si utilizza per trattare bronchiti e sinusiti.
- 18 Gli ebrei della città ungherese di Wisnitze furono gli inventori di questa mistura che si prepara con i seguenti ingredienti: due bicchieri di acquavite, un bicchiere di aceto di vino, due oncie di senape pesto, mezz'oncia di canfora, mezz'oncia di pepe, un cucchiaino di caffè di aglio pesto. Il tutto va inserito in una boccia chiusa ed esposto per tre giorni al sole, o presso il fuoco di un focolare. Il prodotto ottenuto deve essere massaggiato sul corpo del malato usando un guanto di flanella o meglio ancora con la mano per poter comunicare maggior calore. Il massaggio, eseguito in modo leggero mantenendo sempre una sola direzione, risulta ancor più vantaggioso se il corpo viene contemporaneamente percorso con delle ortiche fresche.
- 19 Il *salep* (dall'arabo *sahlab*) è una farina, anticamente considerata un ricostituente o un medicinale, utilizzata ancora oggi in Turchia per la produzione di bevande e gelati da passeggio. Si ricava da tuberi essiccati di diversi tipi di orchidee raccolti dopo la fioritura. I tuberi, dal sapore amarognolo e dall'odore debolmente aromatico, contengono amido, bassorina, glucidi, proteine, minerali, ecc. Se polverizzati e aggiunti ad acqua bollente nella quantità di 40-50 volte il loro peso, producono una pappetta densa. Secondo le usanze orientali, il *salep*, in riferimento alla forma dei due tuberi rotondi posti uno a fianco all'altro, era valutato un mezzo

efficace per raggiungere nuovamente la forza di procreazione. Teofrasto di Efeso e Dioscoride gli hanno ascrivito una grande capacità nutritiva, che in realtà non possiede. Tramite gli Arabi, sono giunti in Europa tuberi di orchidee probabilmente di origine persiana o di altri paesi orientali, ma nel Medioevo, in Occidente, si utilizzavano anche i tuberi di orchidee locali. Quando non erano disponibili medicinali migliori, lo si usava come rimedio casalingo contro la diarrea. Al giorno d'oggi è stato dimostrato che il *salep* non ha alcuna proprietà curativa e per questo motivo risulta soppresso già nella *Farmacopea Ufficiale del Regno d'Italia*, Roma 1920, IV edizione.

- 20 Avviso Sanitario del 10 novembre 1822: «I chirurghi scientifici non possono assumere cure puramente mediche, e solo ne' casi spettanti alla loro professione sono autorizzati a prescrivere quegli interni soccorsi, che possono agevolar l'esito felice di malattie di loro competenza» (ASvR, *Congregazione Provinciale di Verona*, b. 303).
- 21 Cfr. BOZZINI, *L'Imperatore e lo speciale, le vicende sanitarie di un comune veronese nella prima metà dell'Ottocento: Erbè (1817-1847)*, Roma 1995, p. 214.
- 22 Pietro Paolo Papa (1800-1853) di Desenzano (BS). Si adoperò con studi e fatiche a combattere il colera in modo da meritarsi un'onorificenza dal governo del Ducato di Parma e la nomina ad Ispettore generale degli ospedali civili e militari. Per amore del suo paese natale rifiutò una cattedra offertagli dall'ateneo parmense (cfr. <https://www.liceobagatta.it/brusa>, consultato il 20-3-2021).
- 23 ASvR, *Congregazione Municipale*, b. 1164, 12 agosto 1849; ivi la 'Memoria' del dottor Papa, 29 agosto 1849 (stampa).
- 24 Lettera indirizzata al dott. Papa dal dott. Luigi Mendini di Trevenzuolo sulla terapia ammoniacale, «Foglio di Verona», 16-9-1849, n. 225, p. 912.
- 25 *Trevenzuolo, origini e vicende di una comunità*, a cura di B. Chiappa - P. Ferrarini, Verona 1997, pp. 168, 169. Notizie sul ruolo sanitario del Mendini ci vengono fornite anche da L. Bozzini, *L'imperatore...*, pp. 175-209-214.
- 26 L. MENDINI, *Nel primo assalto del cholera indiano...*, pp. 934-935, in «Gazzetta Ufficiale di Verona», anno I, 25 agosto 1855, n. 34.
- 27 I. CANTÙ, *L'Italia scientifica contemporanea notizie sugli italiani ascritti ai primi cinque congressi*, Milano 1844, p. 298; CHIAPPA-FERRARINI, *Trevenzuolo...*, pp. 168, 169.
- 28 G. A. GIACOMINI, *Trattato filosofico sperimentale dei soccorsi terapeutici diviso in quattro parti: Farmacologia, Applicazioni meccaniche, Dietetica, Medicina morale*, Padova 1839, 5 volumi, p. 177). Giacomo Andrea Giacomini (1796-1849), dopo la laurea a Padova nel 1820 si perfezionò all'Istituto medico-chirurgico di Vienna. Ritornato a Padova 1824, gli venne assegnata la cattedra di Fisiologia e Patologia medica. Fu professore ordinario di Medicina Teorica per i chirurghi e per quattro anni professore supplente nella Clinica Medica nella stessa facoltà. Annoverato tra gli iniziatori della moderna farmacologia per aver formulato i fini e la metodica dello studio dei farmaci, la città di Padova

gli ha dedicato una via (cfr.: G. VENANZIO, *Commemorazione di Giacomo Andrea Giacomini*, in <http://www.istitutoveneto.it>, consultato il 9-4-2021).

- 29 "Ricetta del Cirillo" o "unguento Cirilliano" a base di cloruro di mercurio usato nella terapia esterna della sifilide. Il mercurio sublimato, o cloruro di mercurio, venne utilizzato anche per via interna in piccolissime dosi diluite in soluzione alcolica e in forma di sciroppi molto dolci onde evitare fenomeni irritativi gastrointestinali. Usato anche come lassativo e diuretico, di effetto eccellente, ma gravemente lesivo delle cellule dei tuboli renali. Domenico Cirillo, patriota e scienziato napoletano (1739-1799), professore di botanica e di patologia medica nell'università di Napoli e, successivamente, insegnante di clinica medica nell'Ospedale degli Incurabili della stessa città, lasciò importanti opere scientifiche di botanica e di medicina con particolare riferimento alla sifilide (si veda U. BALDINI, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, 25, Roma 1981).
- 30 *Diario del Nono Congresso degli Scienziati Italiani convocati in Venezia nel 1847*, Venezia 1847, p. 10.
- 31 Il parmense Giacomo Tommasini (1768-1846) si laureò in medicina a all'età di vent'anni, fu uno dei XL della Società Italiana delle Scienze, membro dell'Istituto delle Scienze di Bologna, socio corrispondente dell'Imperial Regio Istituto del Regno Lombardo e di molte Accademie italiane e straniere. Professore di fisiologia e patologia a Parma e poi di Clinica Medica a Bologna, fu protomedico della duchessa Maria Luigia di Parma. Le sue opere maggiori: *Storia ragionata di un diabete*, Parma 1794; *Della nuova dottrina medica italiana*, Bologna 1817 (cfr. *Enciclopedia Treccani* e *Wikipedia*).
- 32 Johann Nepomuk von Raimann, dottore in medicina, imperiale regio consigliere del Governo dell'Austria inferiore, direttore dell'Ospedale Civile e del Pio Luogo degli Esposti, professore di Terapia Speciale e Clinica Medica per i medici nell'Imperiale Regia Università di Vienna e membro onorario dell'Accademia Medico Chirurgica Giuseppina. Scrisse il *Manuale di patologia e terapia medica speciale*, Pavia 1825, volumi 2.
- 33 Sulla brillante carriera del medico chirurgo Domenico Meli (Roma 1784-Pesaro 1865), rimando a G. Armocida in http://www.centrostudiopromozione-professionemedica.it/wp-content/uploads/2019/05/Biografie_Mediche_numero_1_2013.pdf, pp. 19-21. Meli fu socio dell'Accademia di Agricoltura di Verona e di molte altre Accademie italiane, pubblicò diversi trattati sul colera, sulle febbri biliose, sulle principali cause che portano all'abuso del salasso, sulle febbri intermittenti. Trattò la questione della vitalità dei feti e del modo di riconoscerla, soprattutto in quelli immaturi, in ragione dell'ammissibilità o inammissibilità ai diritti di successione ereditaria; sul sangue, sopra il modo di riconoscere le sue macchie, e sulla maniera di distinguere il sangue umano da quello d'ogni sorta d'animali, considerazioni utili alla pratica medico-criminale, e molte altre dissertazioni di interesse scientifico. Si applicò

- nel campo della Medicina Legale e diversi suoi lavori rimangono ben evidenti nella storia di questa disciplina.
- 34 L'urbinate Francesco Puccinotti (1794-1872), fraterno amico di Giacomo Leopardi, fu uno storico della medicina, fisiologo, clinico, medico legale, letterato, filosofo, sociologo e politico. Sostenne la necessità di una protezione medica dei lavoratori e indicò il futuro della medicina nel suo sviluppo igienico e sociale. Dopo gli studi presso gli Scolopi, nel 1811 venne ammesso nel Collegio militare di Pavia. Laureatosi in medicina a Roma, praticò la professione nelle campagne laziali studiando le febbri di tipo petecchiale che imperversavano in quelle zone. Ottenne la cattedra di Anatomia e Fisiologia ad Urbino e in seguito insegnò Patologia e Medicina Legale a Macerata. Allontanato nel 1831 dalla città, con divieto di esercitare la professione medica per aver preso parte ai moti delle Legazioni, si spostò nella più liberale Toscana. Nel 1838 ottenne la cattedra di Igiene nell'Università di Pisa dove approfondì gli studi sulla medicina civile, fu protagonista di molti dibattiti culturali e scientifici e fu segretario della sezione di medicina ai congressi degli scienziati italiani di Pisa e Firenze. Nel 1843 il Granduca Leopoldo II di Toscana lo inserì in una commissione incaricata di studiare la possibilità di avviare la coltivazione del riso sul litorale pisano. Espose le sue analisi in tre volumi dal titolo *Sulle risale in Italia e sulla loro introduzione in Toscana*, Livorno 1843, conclusioni che saranno alla base del *Regolamento sulla cultura del riso in Toscana* del settembre 1849. Ottenne la cattedra di Storia della Medicina a Pisa che mantenne anche dopo il suo trasferimento a Firenze dove morì nell'ottobre del 1872 e per i suoi meriti fu sepolto nella Basilica di Santa Croce. Tra le sue opere ricordiamo: *Storia delle febbri intermittenti perniciose*, Roma 1822; *Storia della medicina in tre volumi*, Firenze 1850-1866 (cfr. <http://www.storiadellamedicina.net/francesco-puccinotti>, consultazione del 20-3-2021).
- 35 Il testamento olografo del dottor Mendini (ASVr, notaio Antonio Sona, scheda 54, b. 11731, n. 14), mi è stato segnalato da Rosalia Di Lorenzo.
- 36 ASVr, Murari Brà, reg. 9, 1789 *Cattastico*, Affitti, livelli attivi e passivi e regalie varie possessioni, decime conti capitale delle varie possessioni e camere sotto il palazzo su l'entrol (S. Marino B., Pellegrina, Arcole, Bardolino, casotti e osteria in Isola della Scala, ecc.) dal 1789 al 1794 c. a, cc. 60v-71. Conto agenzia di Pellegrina (Agente Vincenzo Mendini). Il documento mi è stato fornito dal prof. B. Chiappa.
- 37 Questo lo si può supporre dalla presenza di don Antonio Mendini, fratello del chirurgo Luigi, come precettore in casa di Giuseppe Beretta. I conti Beretta, che avevano beni a Mizzole, abitavano nella villa cinquecentesca, che da essi prende nome, in contrada Sant'Eurosia. Oltre all'oratorio domestico, possedevano anche tre oratori privati: La Madonnina (o Madonna del Carmine), San Micheletto (cfr. *Le visite pastorali di P. A. Mutti [1842-1846] e di B. De Riccabona [1858] nella Diocesi di Verona*, a cura di A. Chiarrello, Roma 1977, pp. 148-149) e quello di San Giuseppe all'Olmo fatto erigere nel 1625 dal marchese Gaspare Gherardini come oratorio pubblico nei terreni di sua proprietà. Nel 1817 la famiglia Gherardini vendette l'edificio a Giovanni Batista Beretta, il quale lo portò alle forme attuali. Nei primi anni Cinquanta del XX sec. la chiesetta fu donata dai Beretta alla Parrocchia di Montorio, alla quale è tutt'ora soggetta. A Verona la famiglia abitava nel grandioso palazzo nell'attuale Via Cappello 35, fatto costruire nel 1811 dal conte Gio. Batta Beretta su progetto di Giuseppe Barbieri.
- 38 I figli citati nell'atto di donazione sono: Stefano, Pietro Antonio (sacerdote e possidente, nato a Mizzole nel 1798 e trasferito a Verona nel 1822. Professore di italiano, latino e di Storia naturale presso il Ginnasio Municipale di Verona e precettore in casa Beretta, scrisse la *Grammatica della lingua latina* pubblicata nel 1853 [AACVr, ff. 1025-3263]); don Girolamo (sacerdote a Verona); Luigi (studente chirurgo all'università) e Luigia, maritata a Verona (ASVr, notaio Antonio Maboni, 29 marzo 1835, n. 28637, atto di cessione dei beni di Domenico Mendini ai suoi figli, riservandosi la rendita vitalizia). Nel documento non viene citato il figlio Vincenzo, nato nel 1790 a Pellegrina e domiciliato a Verona dal 1805 dove esercitava il mestiere di oste e prestinaio (AACVr, f. 7207).
- 39 Il piano di studi per ottenere la qualifica di chirurgo maggiore era il seguente: I° anno: anatomia, chimica, fisica, botanica; II° anno: fisiologia e patologia, materia medica, ostetricia-veterinaria; III° anno: clinica medica, clinica chirurgica, clinica oculistica, medicina legale; IV° anno: clinica medica, clinica chirurgica, clinica oculistica, medicina legale. Gli studenti di chirurgia maggiore erano esclusi dalle lezioni di Anatomia sublime, Fisiologia, Materia medica, Patologia, Clinica Medica e Terapia Speciale. Le lezioni in lingua latina erano esclusive per gli studenti del dottorato medico mentre ai chirurghi maggiori gli stessi insegnamenti erano impartiti in italiano da altri docenti. Il grado di Magistero in ostetricia, facoltativo per il dottorato in medicina e chirurgia, era obbligatorio solo per i chirurghi maggiori e minori. Questo corso comprendeva oltre a due mesi di assistenza al "ricovero delle partorienti", e lezioni in presenza sulle malattie dei bambini e sulla vaccinazione nel relativo Istituto degli Esposti (A.FORTI MESSINA, *Studenti e laureati in Medicina a Pavia nell'Ottocento* [article], *Mélanges de l'école française de Rome*, année 1986/97, pp. 489-530).
- 40 Augusta, nel 1868 sposò Gabrieli Giuseppe e abitò nella parrocchia di San Nazaro a Verona (APT, Stato d'anime 1883, p. 393).
- 41 Maria Clarice, nata nel 1840, sposò Peretti Giovanni fu Francesco, di Trevenzolo, e con il marito visse a Casteldario (ASVr, notaio Antonio Sona, scheda 54, nn. 2233-4380, 20 maggio 1881, acquisizione dell'eredità materna).
- 42 Emilia, sposata con Mendini Luigi fu Giuseppe, domiciliata a Isola della Scala.
- 43 Vittorio Mendini, fu Luigi, nato nel 1851 (APT, Stato d'anime 1883, p. 393), nel 1878 risulta abitante a Bagnolo di Noga-
- role Rocca dove esercita la professione di medico (ASVr, notaio A. Sona, scheda 54, istrumenti, reg. 11702, n. 1392). Nel 1892 lo troviamo medico condotto a Mozzecane (*Annuario d'Italia, calendario generale del Regno 1892*, anno XXX, parte prima, Genova-Roma, p. 1207). Dal testamento del padre: «Lascio eredi delle mie sostanze sì immobili che mobili, i miei quattro figli Augusta, Clarice, Emilia, dottor Vittorio e mia consorte Teresa Filiberi in parti uguali [...]. Quanto al figlio Vittorio, lascio per di più degli altri quattro eredi: i due cavalli, le due timonelle e i suoi finimenti, più ancora qualsiasi mobile della sua propria abitazione in Bagnolo. Aggiungo di lasciar facoltativo il figlio di ricevere in sua porzione, sempre che a lui piacesse, il casino di mia abitazione colle sue adiacenze e coll'altro fabbricato a nord-est dello stesso casino, già chiuso a mura» (ASVr, notaio A. Sona, scheda 54, Testamenti, b. 11731, n. 14).
- 44 L'introduzione in terapia della China fu a lungo osteggiata dai medici che non credevano in un rimedio che agiva in modo sconosciuto poiché non favoriva l'evacuazione degli umori peccanti. Molti di loro la consideravano un veleno capace di seccare gli umori e, persino, in grado di uccidere. Honoré Fabbri (1607-1688), un gesuita francese, fu l'antesignano nel diffondere l'uso della china-china non solo per la quartana, ma anche per la terzana. Nel 1655, sotto il nome di Antimo Coningio, pubblicò in Roma un'operetta latina su questo argomento in cui documentava centinaia di guarigioni.
- 45 Étienne-Marin Bailly, medico francese (1796-1837).
- 46 Jean-Baptiste-Maximien Parchappe de Vinay, psichiatra francese (1800-1866).
- 47 Paul Briquet, medico e psicologo francese (1796-1881).
- 48 Nota come "Tintura d'oppio", è una preparazione farmaceutica costituita da 15 parti di oppio, 70 parti di alcol a 60°, zafferano, cannella, chiodi di garofano e acqua (formula della "Farmacopea Italiana"). La concentrazione di morfina è dell'1%, e la rende efficace come analgesico, ma numerosi altri principi attivi dell'oppio, oltre alla morfina, alcuni dei quali tossici, ne hanno fatto abbandonare l'impiego. Inventata nel 1680 dal medico inglese Thomas Sydenham (1624-1689), veniva usata per molteplici scopi, che variavano a seconda della sua composizione e rielaborazione: antidolorifico, sedativo, stimolante.
- 49 Filippo Lussana, fisiologo, nato a Cenate in provincia di Bergamo (1820-1897). Nella sua ricerca medica si è occupato di: leggi dell'alimentazione; meccanismo delle funzioni oscure del sistema nervoso; localizzazioni cerebrali; innervazione gustativa; rapporti tra tatto e dolore; genesi della vertigine; pellagra. Lussana, autore di più di duecento pubblicazioni scientifiche, oltre all'attività di ricerca è stato anche letterato, pittore e poeta. Premiato con medaglia d'oro dalla Società Reale di Scienze Mediche e Naturali di Bruxelles e dall'Accademia Reale di Medicina del Belgio, per gli studi sulla *Fibrina nel sangue* e *Monografia dei centri encefalici* (da Wikipedia, consultata il 18-1-2021).

Dentisti: pronti a vaccinare

Odontoiatri veronesi pronti, dopo il via libera arrivato nei giorni scorsi dal ministero della salute, a fare la propria parte nella campagna vaccinale per il coronavirus in provincia

VERONA, DENTISTI: PRONTI A SOMMINISTRARE IL VACCINO

Carteri (Andi): "Lettera di disponibilità inviata al presidente della regione Veneto, Luca Zaia"

Boscagin (Cao): "La vaccinazione del personale di studio procede, raggiungendo un importante risultato"

VERONA, 17 marzo 2021 - Dentisti veronesi pronti a somministrare il vaccino anti Covid all'interno dei centri individuati dalle strutture che gestiscono l'emergenza da coronavirus. La disponibilità segue a ruota il via libera arrivato nei giorni scorsi dal ministero della Salute dopo l'incontro con Fnomceo (Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri) e Commissione albo odontoiatri nazionale. "Gli iscritti di Andi Verona sono pronti a dare "manodopera" su base volontaria. Alla sede provincia-

le sono già arrivate le prime email di colleghi che si rendono disponibili alla somministrazione del vaccino nelle sedi individuate dalle Usls o comunque dagli organismi che gestiscono l'emergenza sanitaria in atto – spiega il presidente di Andi Verona **Mauro Carteri** - Per noi è una vera e propria chiamata alle armi". Una lettera di disponibilità è stata inoltre inviata in tal senso al presidente della regione Luca Zaia dal coordinamento regionale di Andi. "Abbiamo detto alla regione che noi ci siamo e che, in sostanza, ci tengano in considerazione - prosegue Carteri - Nei prossimi giorni ci confronteremo con gli oltre 600 dentisti Andi della provincia".

Procede intanto la campagna di vaccinazione rivolta al personale degli studi odontoiatrici veronesi, sia dipendente che collaboratore. "Il comparto comprende gli amministrativi, gli assistenti alla poltrona, gli igienisti dentali e gli odontotecnici. Al momento sono più di 1.200 le figure professionali coinvolte, oltre ai mille odon-

toiatri che hanno già iniziato il ciclo vaccinale – spiega **Elena Boscagin**, presidente di Cao Verona (Commissione Albo Odontoiatri dell'ordine dei medici) - Siamo orgogliosi di aver contribuito ad una procedura che, pur complessa, ci permetterà di raggiungere un risultato importante, ottenuto grazie all'impegno congiunto di Cao e di Andi, ma soprattutto in virtù della grande sensibilità dei funzionari della Usls 9". "Come ha ricordato la Fnomceo, esiste un dovere deontologico, per tutti i medici, di mettersi a disposizione delle autorità per consentire al nostro Paese di superare la crisi sanitaria – conclude Carteri - Tutti dobbiamo fare la nostra parte per uscire dalla pandemia".

COMUNICATO STAMPA REDATTO
CONGIUNTAMENTE DA

ORDINE DEI MEDICI DI VERONA UFFICIO
STAMPA: LAURA PERINA 3486706397

ANDI VENETO - UFFICIO STAMPA:
CARLO SACCON 3282170266

ANNUNCIO NUOVO CORSO FAD SU "I MARCATORI TUMORALI"

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

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

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

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

Fnomceo, rinnovo nel segno della continuità

Il voto dei presidenti di Ordine e delle Commissioni Cao ha confermato Filippo Anelli e Raffaele Iandolo, rispettivamente alla guida della componente medica del Comitato Centrale Fnomceo e della Commissione Albo Odontoiatri nazionale per i prossimi quattro anni.

Restano al fianco di Anelli, nel Comitato Centrale, Giovanni Leoni, in veste di vicepresidente, Roberto Monaco come segretario e Gianluigi Enrico Maria D'Agostino con l'incarico di tesoriere. Confermati con Iandolo, nella Cao nazionale, Brunello Pollifrone e Alessandro Nisio che fino al 2024 saranno vicepresidente e segretario della Commissione. Le operazioni di voto si sono svolte il 27, 28, e 29 marzo in modalità mista, in presenza con voto elettronico e a distanza con voto telematico. A nome del comitato di redazione di Verona Medica gli auguri di buon lavoro.



Nelle foto: a sinistra Filippo Anelli, a destra Raffaele Iandolo

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.

Bilancio 2020: utili a 1,2 miliardi

La Fondazione Enpam ha chiuso il proprio bilancio 2020 con un utile d'esercizio positivo pari a circa 1,221 miliardi di euro, spianando la strada a nuovi aiuti per gli iscritti.

“Un risultato che non esito a definire straordinario – commenta il presidente dell'Enpam Alberto Oliveti – soprattutto se si considera che è stato ottenuto in un anno di assoluta emergenza a causa della pandemia da Covid-19”.

Il bilancio è stato approvato sabato 24 aprile dall'Assemblea nazionale della Fondazione con 165 voti a favore, 4 astenuti e un contrario.

Il patrimonio netto dell'ente è cresciuto del 5,5 per cento rispetto al 2019, toccando quota 24 miliardi di euro, un risultato che raggiunge quota 26 miliardi se calcolato a valori di mercato.

La gestione degli investimenti dell'ente ha fatto registrare un risultato netto positivo superiore a 435 milioni di euro, tra gestione patrimoniale mobiliare e immobiliare.

Il tutto in un anno, è il caso di ricordarlo, in cui i mercati finanziari hanno registrato un andamento circa quattro volte inferiore a quello del 2019.

Nel 2020 la Fondazione ha avuto ricavi da contributi previdenziali per circa 3,235 miliardi di euro e ha erogato prestazioni per un totale di circa 2,383 miliardi di euro.

Questo ha comportato un saldo positivo della sola gestione previdenziale uguale a circa 852 milioni di euro.

Si tratta di un valore in calo rispetto a quello del 2019, quando l'analogo saldo era stato pari a poco più di un miliardo di euro. Questo perché le prestazioni hanno subito un aumento di circa 414 milioni di euro su tutte le gestioni.

In particolare, la Quota B ha registrato un aumento degli oneri dovuto alle misure messe in campo per fronteggiare la crisi economica da Covid -19, con i Bonus Enpam, che da soli hanno assorbito risorse straordinarie per circa 176 milioni di euro.

“Questi dati sconfiggono in pieno le fosche previsioni del passato sulla nostra capacità di riformare la previdenza dei medici e degli odontoiatri – osserva Oliveti –.

Tutti profetizzavano infatti bilanci negativi per l'Enpam, e invece oggi non solo il nostro saldo è ampiamente positivo, ma ciò avviene anche dopo un anno di drammatica emergenza pandemica”.

NUOVI SUSSIDI GRAZIE AL BILANCIO

Risultati straordinari nell'anno del Covid, che non solo permettono di rispettare gli equilibri attuariali di lungo periodo, ma danno ora la possibilità a Enpam di concedere due nuovi sussidi ai propri iscritti, che si vanno ad aggiungere alle tante misure di sostegno già adottate nel corso di questa pandemia.

Ai professionisti contagiati andranno indennità dai 600 ai 5.000 euro a cui si aggiungono ulteriori somme specifiche per i familiari di tutti i medici e odontoiatri caduti.



Contributi gratis per chi si è abilitato nel 2020

I camici bianchi che si sono iscritti all'albo lo scorso anno non pagheranno i contributi dovuti per il 2021.

L'estensione dell'esonero contributivo a tutti i neo-iscritti è contenuta in un decreto attuativo che tuttavia non è ancora stato pubblicato.

Ecco perché, in attesa dell'ufficialità, nell'area riservata del sito Enpam i più giovani non possono ancora fare domanda (visto che il modulo attuale obbliga a dichiarare un calo di fatturato rispetto all'anno precedente che, ovviamente, chi si è appena iscritto non può aver subito).

Nel frattempo chi è diventato medico o dentista fra il 1° gennaio 2020 e il 31 dicembre 2020, indipendentemente da requisiti di reddito o di eventuale fatturato, può evitare di pagare i bollettini della Quota A.

Chi avesse già pagato la Quota A non deve preoccuparsi perché l'Enpam ha già previsto di organizzare del-

le procedure di rimborso, appena le norme saranno ufficiali e con l'ok dei ministeri vigilanti. Chi ha la domiciliazione bancaria riceverà l'addebito il 31 maggio, ma potrà chiedere lo storno alla propria banca entro le otto settimane successive.

TEMPI

Al momento non è ancora possibile prevedere quando verrà pubblicato il decreto di attuazione dell'esonero contributivo. Questo perché, trattandosi di un aiuto di Stato, l'Italia ha bisogno di ottenere anche un via libera da parte dell'Unione Europea.

ISCRITTI NEL 2021

Dall'esonero contributivo restano fuori coloro che sono diventati medici o dentisti a partire dal 1° gennaio 2021. L'esonero riguarda infatti solo coloro che hanno avviato l'attività entro la data di entrata in vigore dell'ultima legge di bilancio.

STUDENTI

Sembrano invece dentro, e dunque non dovranno pagare, coloro che si sono iscritti all'Albo nel 2020 anche se si erano iscritti precedentemente all'Enpam in qualità di studenti. Secondo il decreto attuativo fa fede il momento in cui è stata avviata l'attività professionale che ha fatto scattare l'obbligo contributivo (mentre l'iscrizione da studenti è facoltativa).

PER TUTTI GLI ALTRI

Per chi si è iscritto prima del 2020 resta il doppio requisito: aver avuto, l'anno scorso, un calo di un terzo del fatturato o dei corrispettivi rispetto all'anno precedente e non aver superato, nel 2019, i 50mila euro di reddito (definito – si legge nella bozza di decreto – come “reddito complessivo di lavoro o derivante dall'attività”).

G.DISCEPOLI

Riuscito il piano di vendita dell'Enpam

Il Cda dell'Enpam ha accettato l'offerta del gestore statunitense Apollo Global Management per l'acquisto dell'intero patrimonio immobiliare di proprietà diretta dell'ente di previdenza dei medici e degli odontoiatri.

Gli immobili, a bilancio per un valore di 686 milioni di euro, verranno venduti a 842 milioni, permettendo all'ente di incassare anche una plusvalenza di 156 milioni di euro, destinati a

rafforzare la sostenibilità del sistema previdenziale dei camici bianchi.

L'Enpam aveva lanciato nel 2019 l'operazione denominata Project Dream, mettendo sul mercato un pacchetto di 68 immobili, principalmente direzionali dislocati a Roma e in Lombardia, ma anche abitativi (in prevalenza a Milano e hinterland), oltre che ricettivi e logistici. Si trattava perlopiù di immobili acquistati tra gli

anni Sessanta e l'inizio degli anni Novanta, e dunque ben prima che l'Ente previdenziale venisse privatizzato nel 1995.

In gara per l'acquisto dei circa 759mila metri quadri commerciali si sono presentati 43 operatori italiani e internazionali, mentre tre sono arrivati alla fase finale sottoponendo un'offerta vincolante, con Apollo che l'ha spuntata grazie all'offerta più alta.

La conclusione di Project Dream rappresenta per Enpam il coronamento di una strategia che ha puntato a dismettere la proprietà diretta di immobili, diventata ormai sempre meno conveniente per un ente previdenziale. "In linea con l'obiettivo primario dell'Enpam, che è quello di mettere efficacemente a reddito il patrimonio per pagare pensioni agli iscritti, abbiamo deciso di dismettere gli immobili di diretto possesso per reimpiegare le risorse ricavate in investimenti più redditizi e diversificati", commenta il presidente dell'ente di previdenza Alberto Oliveti.

Con la dismissione l'Enpam realizza anche importanti risparmi. Già dal prossimo 2022, tra Imu, Tasi e costi vari di gestione legati agli stabili venduti, l'ente avrà 40 milioni di euro in meno di spese all'anno.

"Ricordiamo che nel giro di un paio d'anni toccheremo l'apice dei pensionamenti e il saldo tra contributi incassati e pensioni pagate si assottiglierà – aggiunge Oliveti –. Grazie a quest'operazione guardiamo al futuro con tranquillità ancora maggiore, potendo contare su un patrimonio che offrirà riserve adeguate e rendimenti tali da garantire il rispetto degli impegni presi nei confronti degli iscritti".

La complessa procedura di Project Dream, una delle più importanti e imponenti operazioni immobiliari di mercato realizzate in Italia negli ultimi anni, si è potuta svolgere rapidamente grazie all'autonomia di cui è dotata l'Enpam. La cassa, con un procedimento ad evidenza pubblica, ha dapprima selezionato un valutatore indipendente (Duff&Phelps) e

un advisor per la gestione della gara (Deloitte). Quest'ultimo è stato l'unico interlocutore a tenere i rapporti con i candidati acquirenti, senza coinvolgimento dell'Enpam, secondo il principio della segregazione dei compiti. Lungo l'intera operazione l'Enpam è stata assistita, per gli aspetti legali, dagli avvocati Angelo Piazza, Luca Leone e Paola Conio.

Gli aspetti fiscali sono stati seguiti da Stefano Petrecca dello studio Cba.

L'acquirente selezionato, Apollo Global Management, che agisce per conto di un fondo di investimento dallo stesso gestito, è un leader globale nella gestione di investimenti alternativi con un patrimonio di circa 461 miliardi di dollari al 31 Marzo 2021, ripartito in fondi di private equity, credito e real asset.

Maternità, almeno 6mila euro per le dottoresse

Universale, solidale, assegnata senza soglie di reddito. Sono le caratteristiche fondamentali dell'indennità di maternità erogata dall'Enpam, un sostegno per le donne in camice che si misurano con l'esperienza di diventare madri, in una stagione della vita che richiede loro maggiore tempo e risorse.

Il complesso di misure previste dalla Fondazione per la maternità supporta le dottoresse alle prese con spese extra ed eventuali minori introiti dall'attività lavorativa, con un'indennità che viene accordata a prescindere dal reddito della beneficiaria, ma che in base al reddito viene quantificata.

L'indennità per la gravidanza corrisponde all'80 per cento del reddito professionale con un minimo di 6mila

euro – un importo che in casa Enpam è maggiorato rispetto al minimo di legge – fino a un massimo di 25mila euro.

L'ENPAM ARRIVA PRIMA DELLA CICOGNA

Prima che una dottoressa appenda il fiocco azzurro o rosa alla porta di casa, l'Enpam ha già pensato a tutto. L'indennità economica – che si aggiunge al sussidio erogato attraverso il bando per la genitorialità copre infatti cinque mesi a cavallo del parto, con l'Enpam che versa l'assegno indipendentemente dal fatto che la beneficiaria si astenga o meno dal lavoro. È prevista anche in caso di adozione o affidamento di un bambino e si estende anche ai casi di gravidanza a rischio, aborto spontaneo o terapeutico dopo il terzo mese di gravidanza.

NEL 2020 2.338 RICHIESTE SODDISFATTE

L'ampio ventaglio di tutele è stato predisposto da Enpam per intervenire chirurgicamente a sostegno di tutte le dottoresse per i periodi non coperti da altri enti previdenziali (o non retribuiti) ed è frutto della solidarietà di categoria. Attinge, infatti, a quella specifica quota – quest'anno di 44,55 euro – versata dagli iscritti all'Enpam, che nel 2020 ha permesso di liquidare un totale di 2.338 domande di indennità, per un importo medio erogato di 9.839 euro.

Tutte le informazioni sull'indennità di maternità le trovi sul sito dell'Enpam, al capitolo specifico della sezione 'Come fare per'.

ANTIOCO FOIS

Modello D a prova di errore

Il modello D diventa ancora più semplice, veloce e a prova di errore.

Con il nuovo modello digitale per dichiarare i redditi da libera professione prodotti nel 2020, gli iscritti possono sapere in maniera istantanea quanti contributi dovranno versare e quindi quanto metteranno da parte per la propria pensione.

La possibilità di avere immediatamente un quadro chiaro circa la propria situazione consente inoltre di pianificare meglio il pagamento dei contributi di Quota B.

Da quest'anno, infatti, il modello D si può compilare solamente online e grazie a una procedura semplificata si può subito visualizzare qual è l'aliquota contributiva da applicare al reddito dichiarato e, nel caso di errori, chiedere una rettifica dei dati.

Grazie al nuovo modello D, la banca dati Enpam acquisirà in tempo reale la dichiarazione fatta, rendendo più rapida e puntuale anche l'assistenza agli iscritti che hanno dubbi sulla compilazione.

ENTRO IL 31 LUGLIO

Tutti i medici e odontoiatri in attività, che nel 2020 hanno prodotto redditi da libera professione, devono compilare e inviare il modello D entro il 31 luglio.

Quest'anno per i liberi professionisti si assesta definitivamente al 19,5 per cento, sul reddito professionale netto, fino a 103.055,00 euro. Sugli importi residui, che vanno oltre tale cifra, è applicato l'1 per cento.

In ogni modo, la Quota B non si paga per la parte di reddito già coperta dalla Quota A.

REDDITI: NON SOLO CURA

I redditi da dichiarare sono quelli derivanti dallo svolgimento delle attività

attribuite in base alla competenza medica e odontoiatrica, a prescindere da come sia qualificato fiscalmente.

Tra le attività rientrano dunque non solo la cura dei pazienti, ma anche – per esempio – la ricerca, la partecipazione a congressi scientifici, o le consulenze di ambito professionale.

QUALE ALIQUOTA

Per convenzionati, specializzandi e dipendenti che fanno extramoenia è prevista l'applicazione dell'aliquota al 9,75 per cento, la metà di quella intera. Mentre chi frequenta il corso di formazione in Medicina generale e i dipendenti che fanno intramoenia hanno diritto al 2 per cento.

I pensionati possono scegliere ogni anno se pagare la metà o con l'aliquota intera.

Per quest'anno, fanno eccezione gli iscritti che hanno fatto domanda del sussidio per i contagiati che non avranno facoltà di indicarne una diversa da quella scelta fino alla prossima dichiarazione.

ATTIVARE LA DOMICILIAZIONE

Per la compilazione, come detto, è necessario essere iscritti all'area riservata.

Per chi non lo fosse ancora, il consiglio è di registrarsi al più presto al sito Enpam, per evitare di ritrovarsi a ridosso delle scadenze.

L'iscrizione all'area riservata è necessaria anche per attivare il servizio di domiciliazione bancaria dei contributi e personalizzare i pagamenti, scegliendo tra il versamento in un'unica soluzione oppure a rate.

L'addebito diretto vale sia per la Quota A sia per la Quota B.

Se non si esprime alcuna preferenza, il sistema sceglierà in automatico

il numero di rate più alto e il pagamento verrà addebitato il giorno della scadenza della rata.

La scadenza per attivare la domiciliazione – che riguarda solo chi non l'ha già attivata in precedenza – e poterne beneficiare già quest'anno è il 15 settembre.

CON CARTA DI CREDITO ENPAM

Per il pagamento dei contributi di Quota B c'è anche la possibilità di rateizzare l'importo gratuitamente con la Carta di credito che Enpam mette a disposizione, in convenzione con la Banca Popolare di Sondrio.

Una modalità che permette di portare subito in deduzione gli importi dichiarati.

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.