

# VERONA MEDICA

**Trimestrale di informazione medica**

In questo numero:

**PNRR: "Selezione dal Reader's Digest" ..... pag. 5**

**Rapporto sulla Sorveglianza  
dei vaccini COVID-19 ..... pag. 15**

**L'impatto psicologico della pandemia  
COVID-19 sulla medicina di base ..... pag. 30**

**Vaccinazione per covid 19: aspetti etici,  
obblighi deontologici e giuridici dei  
professionisti sanitari, strategie ..... pag. 32**

## VERONA MEDICA

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

Anno LVI n. 3 SETTEMBRE 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](http://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](mailto:info@girardiprintfactory.it)

**Foto di Copertina**  
Franco Lanza  
Venezia

### INSERZIONI PUBBLICITARIE SU VERONA MEDICA

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

## EDITORIALE

**5** PNR: "Selezione dal Reader's Digest"

## NOTIZIE DALL'ORDINE

**7** Verbalì del Consiglio e delle Commissioni

## ALBO ODONTOIATRI

**11** Verbalì della Commissione Odontoiatri

## LETTERE

**13** Una ipotesi sul danno infiammatorio da Covid

## AGGIORNAMENTO

**15** Rapporto sulla Sorveglianza dei vaccini COVID-19

**29** Certificazione verde COVID-19

**30** L'impatto psicologico della pandemia COVID-19 sulla medicina di base. INDAGINE SUI MEDICI DI MEDICINA GENERALE DELLA PROVINCIA DI VERONA DURANTE LA PRIMA ONDATA PANDEMICA

## BIOETICA E MEDICAL HUMANITIES

**32** Vaccinazione per covid 19: aspetti etici, obblighi deontologici e giuridici dei professionisti sanitari, strategie per la comunicazione

## PROFESSIONE E LEGGE

**35** Cassazione: il consenso informato è una prestazione a carico del medico

## ATTUALITÀ

**37** Sanitari no-vax

**38** In memoria del prof. Michele Muggeo

## STORIA DELLA MEDICINA

**40** Vino e vini medicati nella medicina storica

**46** TATUAGGI. Con qualche libera associazione

## FOMCeO

**48** G20 salute, Anelli (Fnomceo): "Bene accesso universale ai vaccini sancito da Patto di Roma"

**49** Progetto di aggressione al Ministro Roberto Speranza, la solidarietà del Comitato Centrale Fnomceo. Anelli: "Competenze humus democrazia"

## ENPAM

**50** Modello D entro il 15 settembre

**50** Esonero Contributivo: cosa c'è da sapere

## LIBRI RICEVUTI

**51** Il maresciallo di don Primo  
ANTONIO SARTORI

ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VR  
**NUOVO ORARIO DI APERTURA  
DELLA SEGRETERIA DELL'ORDINE  
(dal 7 MARZO 2018)**

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

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

NOI NON CI OCCUPIAMO DI  
MEDICINA:

# ASSICURIAMO I MEDICI!

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

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

## CONTATTI

telefono **045 84 03 520**

whatsapp **335 155 23 79**

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

sito **www.nonsoloassicurazioni.it**



LE MIGLIORI SOLUZIONI  
ASSICURATIVE PER LA TUA

**FAMIGLIA**

**SALUTE**

**CASA**

**PENSIONE**

E NON SOLO!!



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

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

# PNRR: “Selezione dal Reader's Digest”

Mi sarebbe piaciuto scrivere un mio editoriale sul PNRR, ma poiché le mie competenze in tema di programmazione e di politica sanitaria non mi permettono di formulare giudizi su temi così complessi, ho preferito fare una selezione di articoli che ho trovato più interessanti (come faceva a suo tempo la fortunata rivista americana dello scorso secolo che dà il titolo a questo editoriale) e che mi auguro possano costituire uno spunto di riflessione.

Come è noto, il PNRR è il Piano nazionale di ripresa e resilienza inviato dal nostro Governo a Bruxelles per ottenere il finanziamento dei 7 miliardi di euro del Next Generation EU (noto anche come Recovery Fund) da spendere in 5 anni per cambiare il modello della nostra assistenza sanitaria. Il Piano è stato approvato dall'Unione Europea poche settimane fa.

Dal punto di vista sanitario, i cinque pilastri del piano prevedono (Relazione Filippo Anelli, Consiglio FNOMCeO 24.07.21):

1. Le “Case delle Comunità”, 1/20.000 abitanti: ne sono previste 1.288 entro il 2026 - ce ne sono già 489 - strutture di cura intermedie, che riuniranno MMG, specialisti, infermieri assistenti sociali.
2. Gli “Ospedali di Comunità” 1/50.000 abitanti: ne sono previsti 10.783, ne sono già attivi 3.163, dei quali ben 1.426 in Veneto.
3. Le “cure domiciliari”, che dovranno essere implementate per arrivare a seguire a domicilio oltre 1.500.000 cittadini, più del doppio di quelli attualmente seguiti.
4. Le “Centrali Operative Territoriali” (COT), 1/100.000 abitanti: sono strutture di coordinamento dei vari servizi territoriali.
5. “I Medici di famiglia”, che attualmente lavorano come liberi professionisti in regime di convenzione con le Regioni. L'Europa ci chiede di rivedere oltreché il loro

ruolo, anche la loro posizione lavorativa, lasciando al Ministro della Salute il compito di risolvere il nodo del loro rapporto (dipendenti del SSN? liberi professionisti convenzionati? Altro?).

Secondo Gavino Macciocco (Saluteinternazionale.info, 2021) i primi tre punti del PNRR, a proposito di sanità territoriale, sono cruciali, ma non vi sono indicazioni precise sulla cornice organizzativa e strategica entro la quale questi investimenti si collocano: in una cornice pubblica, con il Distretto in grado di integrare i tre suddetti investimenti in una logica di integrazione tra sanitario e sociale?

Oppure in una cornice privata, dove predominerebbe la logica della produzione di prestazioni?

Il PNRR per ora non fa una scelta tra le due possibili opzioni, rimandando l'identificazione del modello organizzativo territoriale all'approvazione di un prossimo decreto ministeriale.

Marco Geddes (Saluteinternazionale.info, 2021) sottolinea come il PNRR non affronti alcune questioni, forse per il loro significato politico. Ma, secondo lui, ineludibili, quali:

- a. Nulla viene detto sulla questione della carenza di personale e sulle modalità di assunzione del personale dipendente e in merito al fabbisogno di personale infermieristico.
- b. Per quanto riguarda la ricerca scientifica, prevale una ipotesi di finanziamento dei centri di eccellenza, piuttosto che pensare di aumentare il livello medio dei ricercatori ed il numero dei centri di ricerca, come sostenuto da autorevoli punti di vista (vedi oltre, Garattini).
- c. L'Università risulta totalmente assente, nonostante le relazioni, spesso di rilievo, con il SSN e il ruolo che la medesima ha nella preparazione dei futuri colleghi e



nel programmare in modo adeguato l'accesso alle Scuole di specializzazione.

- d. Infine, il tema della formazione dei MMG e della loro relazione con le Case della salute non sono oggetto di alcuna riflessione. Egli conclude citando Mario Monti, laddove afferma che “le riforme sono il motore della crescita, non i soldi europei...”.

Pochi mesi fa, Silvio Garattini (L'Avvenire, 14.05.2021) aveva ribadito che la ricerca scientifica è un investimento, un concetto che ai nostri governi, da sempre, risulta ostico. Purtroppo, da sempre la ricerca scientifica è stata oggetto di “tagli”, col risultato che il nostro Paese è il fanalino di coda sotto vari aspetti: abbiamo il 50% dei ricercatori della media europea, i finanziamenti sia pubblici che privati non sono in linea con il resto d'Europa, e sono estremamente difficili da ottenere a causa di una scoraggiante burocrazia.

Le conseguenze sono che i nostri migliori ricercatori, giovani e meno giovani, emigrano all'estero, impoveren-

do ulteriormente la ricerca scientifica italiana. Inoltre, per quanto riguarda l'ipotesi di finanziamento dei centri di eccellenza, Garattini sostiene che non abbiamo bisogno di cattedrali nel deserto, ma di aumentarne il livello medio. Secondo lui, è necessario aumentare il numero dei ricercatori, e dotarli di adeguate risorse economiche: questo permetterà loro di aggregare altri ricercatori. Egli propone la istituzione di una "Agenzia italiana per la Ricerca Scientifica", snella, efficiente e indipendente dalla Politica e dalla Amministrazione Pubblica, che permetta anche all'Italia di avere "una ricerca efficace per la salute e per l'economia del nostro Paese".

Emmanuele Pavolini (Saluteinternazionale.info, 2021) si concentra su quanto previsto nel PNRR nel campo del sostegno agli anziani non autosufficienti. Egli identifica i punti di forza del Piano in:

- a. Il buon livello di investimento e modernizzazione delle cure socio-sanitarie per gli anziani.
- b. La forte attenzione al potenziamento dei servizi domiciliari.
- c. Il voler fissare dei livelli essenziali di prestazioni, omogenei a livello nazionale, nella assistenza agli anziani non autosufficienti.
- d. La diversificazione degli interventi residenziali.

Allo stesso tempo, però, il Piano non affronta alcune criticità, che, secondo lui dovranno essere considerate nella fase di implementazione dello stesso, costituite da:

- a. la regolazione dell'indennità di accompagnamento, che in questo momento viene erogata a tutti gli anziani non autosufficienti, per un ammontare di oltre 10 miliardi di euro all'anno. Mentre nel resto d'Europa le risorse vengono destinate prevalentemente a Servizi per gli anziani non autosufficienti, in Italia oltre la metà delle risorse sono destinate ad un trasferimento monetario, limitando così la possibilità di erogare servizi.
- b. L'importanza della formazione della professionalità degli addetti alla assistenza degli anziani non autosufficienti, spesso affidati ad un esercito di "badanti", finanziato, più

o meno regolarmente, tramite l'indennità di accompagnamento.

- c. L'assistenza domiciliare dovrà essere ripensata non solo in termini di aumento degli obiettivi minimi, ma anche in termini di intensità delle prestazioni (maggiore copertura oraria per più giorni alla settimana).
- d. Le strutture residenziali: l'espansione di questo "anello intermedio" dovrà essere inquadrato come integrativa alla residenzialità socio-sanitaria, e non, come precederebbe il Piano, come alternativa. Si tenga presente, inoltre, che secondo i dati OCSE 2018 l'Italia è al penultimo posto in Europa come posti residenziali per anziani, che si trovano pressoché esclusivamente nel Centro-Nord d'Italia.

Sempre a proposito di RSA, Marco Trabucchi scriveva in questi giorni "è davvero strano che le RSA....siano sparite dall'attenzione del PNRR" (Corriere della Sera, 09.09.2021).

Egli sottolinea come una società giusta non deve rinunciare al lavoro protettivo esercitato dalle RSA, che "ricompongono" situazioni di dolore somatico e di sofferenza psichica in una popolazione che ha un'età media di oltre 87 anni, una riduzione delle funzioni cognitive nel 70% dei casi, spesso non è autosufficiente e con situazioni di solitudine precedente l'ingresso in residenza.

Non si può dimenticare che molti anziani fragili possono vivere solo perché qualcuno si prende cura di loro, in modo stabile e coordinato, grazie a specifiche competenze, come avviene nelle RSA.

"Perché il PNRR da solo, non basta", scriveva recentemente Enrico Rossi (Quotidiano Sanità, 03.09.2021): appurato che il Piano riserva particolare attenzione alle case e gli ospedali di comunità, alle cure intermedie e agli ambulatori, egli ricorda come le cure sul territorio richiedano alta competenza e specializzazione essendo la loro complessità non inferiore alle cure ospedaliere. In questo ambito, spetterà al MMG un ruolo fondamentale, che preveda la presa in carico

globale del paziente, la stesura di un piano di assistenza personalizzato e, se necessario, l'intervento di specialisti a domicilio.

Che cosa dicono i medici, direttamente interessati dal PNRR?

I medici ospedalieri, tramite ANAAO, hanno già manifestato i loro dubbi sul piano di potenziamento della Medicina Territoriale, e sul poco spazio e i pochi fondi destinati alla sanità ospedaliera; essi ritengono che sia necessario investire in capitale umano, favorire la mobilità dei medici, cercando di attrarre i professionisti verso le strutture periferiche con forme di incentivazione, pena l'abbandono dei posti di lavoro negli ospedali di provincia. Le sigle sindacali riunite nell'APM (ANDI, CIMOP, CIMO-FESMED, FIMMG, FIMP, SBV e SUMA) ritengono che i segnali di sostegno alla professione medica siano ancora molto deboli. In un recente incontro col ministro Speranza, essi hanno lanciato un allarme e un appello sulla necessità di coinvolgere i professionisti nel programma di rilancio del SSN.

I medici vogliono essere ascoltati e coinvolti: mi pare una richiesta più che legittima; non ci sarebbe nemmeno bisogno di chiederlo. Dovrebbe essere il Governo stesso a sentire l'opportunità e l'interesse a confrontarsi con la classe medica. Purtroppo, finora ciò non è avvenuto, e il Governo si è mosso motu proprio nella stesura del PNRR.

Noi ci auguriamo vivamente che dopo l'approvazione del PNRR a Bruxelles, i medici e le diverse istituzioni coinvolte nel rilancio della Sanità Italiana vengano convocati ed ascoltati nella fase che prelude all'implementazione del Piano e ai lavori delle varie commissioni chiamate a studiarne la sua attuazione. Solo da un confronto di questo tipo potranno nascere quelle modifiche e migliorie al PNRR delle quali già si intravede la necessità.

CARLO RUGIU

# Verbali del Consiglio e delle Commissioni

## VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 25 MAGGIO 2021

**Presenti:** C. Ruggiu, A. Tomezzoli, L. Cordioli, C. Pastori, F. Orcalli, G. Accordini, E. Boscagin, U. Luciano, F. Bertaso, F. Gobbi, S. Bellamoli, L. Formentini, R. Maffioli, A. Musso, D. Gobbi, M. Barbetta, G. Carrara.

**Assenti:** P. Cirillo, A. Guglielmi, F. Facincani, V. Braga, A. Elio.

### 1) COMUNICAZIONI VARIE:

a) Lettura e approvazione del verbale precedente relativo al consiglio del 27 Aprile 2021

Verbale approvato all'unanimità:

b) Lettura variazioni di bilancio

Il tesoriere Dott.ssa Pastori comunica che rispetto al bilancio preventivo 2021 vi sono le seguenti variazioni:

- spesa per sorveglianza sanitaria del personale: preventivo euro 100, spesa effettiva euro 3520 + Iva

- spesa "fondo di riserva beni immobili": preventivo euro 2000, spesa effettiva, compresa la tinteggiatura euro 4520

Le variazioni di spesa vengo approvate all'unanimità

c) Delibere amministrative: presa d'atto del bilancio consuntivo 2020 già approvato dal consiglio.

### 2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

a) Nomina componenti commissioni  
- Commissione giovani medici: Coordinatore P. Cirillo; componenti L.

Formentini, M. Barbetta, U. Luciano; approvata all'unanimità

- Commissione medicine alternative: coordinatore Elio; componenti: dr. Bruno Brigo, dr. Francesco Cardini, dr. Enrico Dall'Anese, dr. Rosario Pugliarello. La composizione della commissione viene approvata all'unanimità. Il Dott. Cordioli chiede quale sia la posizione di questa commissione in merito ad un recente articolo pubblicato dal quotidiano l'Arena dal titolo "Omeopatia, la medicina non-violenta. A Verona una scuola d'eccellenza"; Considerando che alcune osservazioni in merito all'articolo sono pervenute da diversi colleghi iscritti al nostro ordine, chiede che la commissione si esprima esplicitamente in merito.

b) Comitato di bioetica

Vengono comunicati al consiglio i nuovi componenti designati dall'OMCeO Vr. del comitato di bioetica presieduto dal dott. Bonadonna: Carlo Chiurco Professore Associato di Filosofia Morale Università di Verona, Giuseppe Moretto Neurologo Direttore del Master in Cure Palliative, Università di Verona, Vittorio Schweiger Professore Associato in Anestesiologia, Terapia Intensiva e Terapia del dolore Università di Verona; il consiglio approva all'unanimità; si richiede comunque che venga comunicata al consiglio la composizione completa del comitato, per approvazione definitiva e deliberazione.

c) Comunicazione dell'Ordine dei Medici di Padova sul recupero delle prestazioni post Covid.

A seguito della riunione svoltasi alla presenza del Dott. Flor e dei presidenti degli ordini e dei responsabili delle commissioni ospedale-territorio, ove presenti, si sottolinea una situazione critica, con tempi di attesa estremamente lunghi per alcune prestazioni, ad es: 2 anni di attesa per un'ernia inguinale o per una cataratta. Per il nostro Ordine verrà indetta una riunione della commissione ospedale-territorio per raccogliere idee e proposte, da sottoporre al consiglio

d) Seconda riunione dei presidenti OMCEO e della CAO del Veneto del giorno 24 maggio 2021.

Il presidente riferisce che durante la riunione stata fatta un'analisi della campagna vaccinale per il personale sanitario, con la susseguente decisione di una presa di posizione unitaria come OMCEO rispetto ai colleghi e ai sanitari no-vax. Riguardo alle modalità per richiamare i colleghi non vaccinati, è stata presa ad esempio la lettera inviata agli iscritti dall'Ordine dei Medici di Belluno.

La dott.ssa Boscagin sottolinea come sia difficile raggiungere il personale sanitario libero professionista e chiede uno strumento adeguato per affrontare il problema riguardante il personale collaboratore degli studi medici ed odontoiatrici.

Durante la medesima riunione si è discusso dello statuto della Federazione Regionale che deve essere rivisto, riscritto ed approvato in forma ufficiale, per dare maggiore rilievo e rappresentanza agli Ordini con il maggior numero di iscritti. Si è deciso pertanto di convocare una nuova riunione della federazione in presenza, con questo preciso obiettivo.

e) Premio del quotidiano on line "Verona network": nello scorso anno era stata premiata la Prof. E. Tacconelli, per quest'anno il quotidiano ha proposto la nomination dell'OMCEOVR. Prese informazioni sulla serietà della redazione del quotidiano online dal nostro addetto stampa, Laura Perina, la nomination viene accettata dal consiglio e approvata all'unanimità.

f) Fondazione Arena: progetto 67 colonne: Il presidente comunica la propria partecipazione alla presentazione ufficiale del progetto; il consiglio dell'Ordine dei Medici di Verona approva il progetto e i consiglieri decidono di partecipare con la donazione di un gettone di presenza a loro destinato per un totale equivalente a Euro 2000.

g) Delibera per assegnare il ruolo di responsabile della transazione digitale. Viene proposta la Sig.ra Rosanna Maffioli, che accetta, con l'approvazione unanime del consiglio.

## 3) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

### MEDICI - CHIRURGI

#### Prima iscrizione

Dott.ssa BOBADILLA ARROYOS  
Natasjha Karenina  
Dott. GARRIDO Matias  
Dott.ssa RIGAL LOBAINA Mailen

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

Dott.ssa BOCCHI Ilenia  
Dott.ssa CHESINI Giulia  
Dott.ssa COELI Alessandra  
Dott.ssa GROSSULE Francesca  
Dott.ssa GUANDALINI Sofia  
Dott. LUCA Francesco  
Dott.ssa VENTURINI Carolina  
Dott.ssa VESENTINI Clara  
Dott.ssa ZAMPINI Marianna

#### Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine

Dott.ssa LUCANIA Anna  
da Omceo Perugia  
Dott. MINGARDI Roberto  
da Omceo Vicenza  
Dott. ROSSONI Gilda  
da Omceo Cremona

#### Cancellazioni per trasferimento

Dott. FERRARI Mauro  
Vs Omceo Trento  
Dott.ssa GAROZZO Angela  
Vs Omceo Catania  
Dott. GIOVANINETTI Guido David  
Vs Omceo Verbano Cusio Ossola  
Dott.ssa POGLIAGHI Silvia  
Vs Omceo Bolzano

#### Cancellazione su richiesta

-Dott. ALTAFINI Luigi  
-Dott.ssa RIGOLLI Marzia

#### Cancellazione su richiesta

Dott. ALTAFINI Luigi  
Dott.ssa RIGOLLI Marzia

#### Cancellazioni per decesso

Dott. DALLA PELLEGRINA Nicola  
Dott. DE BATTISTI Carlo  
Dott. SILLETTI Leonardo

### ODONTOIATRI

#### Prima iscrizione:

Dott. CUSUMANO Gianluigi  
Dott. GIANNOLA Salvatore  
Dott. ZANINI Piercarlo

### VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 22 GIUGNO 2021

**Presenti:** C. Rugiu, A. Tomezzoli,  
L. Cordioli, C. Pastori, F. Orcalli,  
G. Accordini, E. Boscagin,  
U. Luciano, F. Bertaso, F. Gobbi,  
L. Formentini, A. Musso, M. Barbetta,  
D. Gobbi, G. Carrara, P. Cirillo,  
A. Guglielmi, V. Braga, A. Elio.  
**Assenti:** F. Facincani, S. Bellamoli  
**Revisori dei Conti:** Maffioli

#### 1) COMUNICAZIONE ESTERNA

##### 1.a Presentazione Newsletter

La Dott.ssa Laura Perina, giornalista addetta stampa dell'OMCEOVR, presenta al Consiglio il progetto relativo alla newsletter dell'Ordine dei Medici di Verona, da inviare agli iscritti tramite mail. La mail newsletter rappresenterà un'integrazione alla rivista Verona Medica, presente sul sito web dell'Ordine, per la quale sarà sempre presente un link all'interno della newsletter stessa; le mail avranno una cadenza mensile e conterranno le 5-6 notizie di tipo divulgativo su attività ordinistiche e/o altro, da segnalare in primo piano ai medici, ed anche, se possibile, alla popolazione generale. La newsletter si chiamerà Verona Medica (il dott. Barbetta suggerisce un controllo per evitare sovrapposizioni di nome con una società di servizi per medici presente sul web). Il costo per l'OMCEOVR sarebbe di 50 euro al mese, con un aggiuntivo costo iniziale finalizzato all'installazione del programma. Il consiglio approva.

##### 1.b Annuario cartaceo 2020

##### Verona Medica

Datasi la proposta di alcuni iscritti e di alcuni membri del consiglio di produrre un annuario di Verona Medica per il 2020, l'ultimo numero cartaceo della storica rivista dell'Ordine di Verona, che proseguirà la sua vita editoriale in formato digitale, il consiglio approva. La dott.ssa Perina presenta quindi i preventivi già richiesti:

La tipografia Girardi ha proposto un prezzo di 4218 euro + iva, per 7000 copie, costituite ciascuna da 42 pagine a colori. Il costo dell'invio da parte della ditta Prontopak, ammonterebbe

di 1137 euro aggiuntivi + spese postali. La ditta Stimmgraff ha proposto un costo di 4800 euro + iva più i costi dell'invio. Dopo una breve discussione viene approvato all'unanimità il primo preventivo.

#### 2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

##### 2.a) Lettura e approvazione del verbale precedente relativo al consiglio del 25 Maggio 2021

Verbale approvato all'unanimità

##### 2.b) Delibere amministrative 2021 presentate dalla Tesoriera Dott. Pastori

- delibera 1, nella quale è previsto il pagamento della pec convenzionata con l'OMCEOVR, l'assicurazione antiincendio per la sede ordinistica e spese correnti varie.
- delibera 2, nella quale oltre a spese correnti varie sono previsti i compensi per gli scrutatori dei recenti seggi elettorali
- delibera 3, nella quale oltre a spese correnti sono previste spese di adeguamento ed aggiornamento del software dell'Ordine

Le delibere vengono approvate all'unanimità.

##### 2.c) Commissioni

- Commissione Università/ Medicina Generale, Coordinatore C. Pastori; componenti per la Medicina Generale: F. Del Zotti, C. A. Franchini, S. Giroto, G. Rigon; per l'Università: C. Barbui, A. Guglielmi, P. Minuz, M. Zamboni. La dott.ssa Pastori illustra brevemente che il progetto di questa commissione vuole essere la facilitazione della collaborazione tra medicina del territorio ed università, al fine, ad esempio, di proporre un'adeguata formazione degli studenti che desiderino intraprendere la strada della medicina generale.

Il Prof. Guglielmi precisa che esiste già un progetto di collaborazione che coinvolge gli studenti del V anno, ma che potrebbe in futuro essere importante inserire nel corso di laurea un insegnamento elettivo riguardante la medicina generale.

Il Dott. Accordini aggiunge che per quanto riguarda la scuola di specializzazione in pediatria esiste una for-

mazione specifica per i colleghi che vogliono intraprendere la strada del pediatra di libera scelta. La composizione della commissione viene approvata dal consiglio.

- Commissione salute e ambiente  
Coordinatore P. Cirillo; componenti: G. Beghini, G. Blemgio, S. Falcone, S. Tardivo, D. Todeschini.

La composizione della commissione viene approvata dal consiglio.

-Dott. Elio comunica che la commissione medicine complementari di cui è Coordinatore si è riunita per redigere un documento riguardo alla recente comparsa di un'intervista rilasciata dal Dott. Allegri al quotidiano l'Arena sull'omeopatia, che ha destato la segnalazione di qualche iscritto. Si riporta a seguito uno stralcio del documento redatto dalla commissione medicine complementari.

*"ci pronunciamo per un dialogo più aperto (fondato possibilmente su evidenze e non su opinioni o assunti epistemologici) tra discipline mediche di diversa tradizione e ispirazione.... Le Medicine complementari, quindi, non si contrappongono, né sostituiscono, ma si propongono di arricchire e completare l'approccio alla cura del paziente."*

Viene inoltre precisato che il Dott. Allegri risulta iscritto all'Ordine dei Medici di Venezia, presso il quale verrà inoltrata la segnalazione ricevuta.

2.d) Protocollo di intesa FNOMCeO – Università per la laurea abilitante  
La dott.ssa Pastori illustra il protocollo di intesa FNOMCeO – Università per la laurea abilitante che prevede le procedure burocratiche e Norme per la gestione della cerimonia di proclamazione (cerimoniale) riportate a seguito:

*"nel giorno della seduta di laurea il Presidente della Commissione di Laurea presenterà ai candidati il membro OMCeO che partecipa alla seduta di discussione della tesi di laurea, prima della cerimonia di proclamazione; tale cerimonia potrà essere contestuale o successiva alla discussione della tesi di laurea, secondo quanto previsto dal Regolamento dell'Ateneo; nel corso della cerimonia*

*di proclamazione, si raccomanda che al termine del discorso di congratulazioni ai neolaureati tenuto dal Presidente della Commissione di Laurea, sia data la parola al rappresentante OMCeO per gli auguri di rito; l'OMCeO si impegna, laddove questo sia possibile, a invitare e dare parola ad una rappresentanza accademica (Magnifico Rettore e/o Preside/Presidente di Facoltà/Scuola e/o Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia o loro delegati) alla cerimonia del giuramento professionale, che avviene nelle sedi di OMCeO cui si iscriverà il laureato"*

### 2.e) Commissione L. Vettore

Il Dott. Orcalli riferisce al consiglio che la trilogia di eventi webinar "Se mi succede" è stata molto interessante. Purtroppo non ha avuto tanti iscritti forse per lo scarso numero di ECM rilasciati. Si pensa quindi di procedere con una formula diversa magari integrando con una parte in webinar e una parte in presenza.

### 2.f) Comitato di bioetica

Come richiesto nel corso del consiglio precedente La Dott.ssa Tomezoli comunica la composizione completa del comitato, per approvazione definitiva e delibera.

Componenti del Comitato di Bioetica: E. Bertazzoni, G. Bonadonna, F. Bortolotti, F. Bressan, O. Codella, P. D'ascola, F. De Nardi, R. Fostini, G. Frapporti, A. Gaino, M.G. Landuzzi, A. Petterlini, M. Repola, B. Rosa, G. Trabucco, M. Zaffanello, A. Zivelonghi, G. Moretto, C. Chiurco, V. Schweiger. Data la rilevanza dell'attività svolta all'interno del Comitato di Bioetica per l'Ordine dei Medici e per i suoi iscritti, sulla base dell'articolo 3 dello statuto della costituzione del Comitato di Bioetica, il Consiglio esprime unanimemente parere sfavorevole alla presenza all'interno del comitato di un medico, che abbia ritirato la propria iscrizione dall'Ordine dei Medici. Trovandosi in questa situazione uno dei componenti, il Dott. R.Fostini, il consiglio approva all'unanimità la proposta di reintegrare il Dott. Fostini all'interno del comitato, qualora si volesse nuovamente iscriverlo all'albo.

Il resto della commissione rimane approvato all'unanimità.

### 3 Fondazione Arena: progetto 67 colonne:

Il presidente comunica l'avvenuta partecipazione a nome dell'Omceovr alla presentazione ufficiale del progetto. L'ordine dei medici verrà citato sui programmi degli spettacoli e comparirà nei banner su cui scorreranno i nomi di coloro che hanno contribuito. Si attende ragguglio sull'eventuale presenza di sconti o facilitazioni per acquisto del biglietto per gli spettacoli per coloro che hanno aderito al progetto.

### 4 Federazione regionale

Il presidente comunica che non si riesce ad addivenire alla convocazione di una riunione della federazione regionale. Viene ribadita l'esigenza di modifica dello statuto e quindi la necessità di incontrarsi possibilmente in presenza. La Dott.ssa Boscagin comunica inoltre che, durante gli abboccamenti per gli accordi, la CAO non è mai stata convocata

### 5 Comunicazione riguardo recupero delle prestazioni post Covid.

Tenutasi recentemente una riunione tra presidenti degli ordini e dei responsabili delle commissioni ospedale-territorio con la presenza del Dott. Flor, la regione Veneto ha successivamente approvato una delibera che preveda per tutte le aziende della regione una procedura comune per il recupero delle liste di attesa (delibera della giunta regionale n. 759 del 15 giugno 2021)

### 4) Comunicazioni del Presidente CAO, Dott.ssa Boscagin

4.a In seguito ad una richiesta di alcuni ordini di verifica sulla presenza o meno di una Commissione sulla medicina Estetica, la Dott.ssa Boscagin ravvisa l'utilità di istituire tale commissione alla quale dovrebbero partecipare un chirurgo plastico, un dermatologo, un chirurgo maxillo-facciale, un odontoiatra. Lo scopo della commissione dovrebbe essere quello di guida e di vigilanza di un settore che troppo spesso viene gestito da chi non ha le competenze per farlo. Il consiglio approva all'unanimità.

4.b La Dott.ssa Boscagin comunica inoltre la reazione della CAO, a seguito del caso della conduttrice televisiva Mara Venier e alle sue dichiarazioni televisive. La Commissione Albo Odontoiatri, a firma del suo presidente Raffaele Iandolo, ha inviato una lettera alla Rai ed ai suoi vertici, il direttore di Rai Stefano Coletta e il presidente della Commissione di Vigilanza Alberto Barachini evidenziando il danno di immagine subito dall'intera categoria a seguito delle dichiarazioni in tv di Mara Venier.

A seguito uno stralcio della lettera.

*"Non posso non rilevare riguardo alla vicenda che negli ultimi giorni ha coinvolto la conduttrice televisiva sig. ra Mara Venier quale presunta vittima di complicità a seguito dell'inserimento di un impianto dentale da parte di un odontoiatra, un comportamento da parte della stessa, tramite il mezzo televisivo pubblico, finalizzato evidentemente a dare risonanza nazionale alla vicenda personale, con un danno all'immagine per l'intera categoria professionale odontoiatrica".*

#### 4) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

##### M E D I C I - C H I R U R G H I

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

Dott.ssa MINARDI Sofia  
Dott.ssa OBICI Matilde  
Dott. PERUSI Nicola  
Dott. PILOTTO Riccardo

###### Reiscrizioni

Dott. EL KHEIR Abdul Rahim Mustapha (reintegro)

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

Dott.ssa CASSOL GIULIA da Belluno  
Dott. CAVALLO ENRICO da Catania  
Dott. PIETRAPERTOSA Giuseppe da Roma  
Dott. POLCE MARIO da Napoli

###### Cancellazioni per trasferimento

Dott. MICCOLIS Domenico a VI  
Dott. SCIOSCIA Marco a BA

###### Cancellazione su richiesta

Dott.ssa BRAGGIO Bianca Rosa  
Dott. BONAMICI Giorgio  
Dott. CASTELLANI Adriano

Dott. FERRACIN Ermanno  
Dott. MARTINELLI Donato  
Dott. SILVESTRI Renato  
Dott. SIVO Michele  
Dott. VISENTIN Stefano

###### Cancellazioni per decesso

Dott. FABRIANO Giovanni

##### O D O N T O I A T R I

###### Prima iscrizione

Dott.ssa MOLLO Antongiulia

###### Cancellazione per trasferimento

Dott.ssa MORETTI Roberta a Bologna

##### P S I C O T E R A P E U T I

###### Iscrizioni

Dott. ZULLINI Emanuele

#### 5) RELAZIONI ISTRUTTORIE

Prima di procedere alla valutazione delle relazioni istruttorie lasciano la seduta i Revisori dei Conti, gli Odontoiatri, la funzionaria Amministrativa Maffioli, e l'Avvocato.

n. 6 non dar luogo a procedere.

## 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 della Commissione Odontoiatri

## VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 25 MAGGIO 2021

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

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

### Comunicazioni:

- Il Presidente informa i presenti di aver ricevuto una richiesta della dottoressa FF che chiede informazioni circa l'obbligo di fornire le schede tecniche dei materiali utilizzati, su richiesta del padre di una piccola paziente, alla quale sono subentrate patologie di n.d.d dopo cure odontoiatriche e per le quali si vorrebbe dimostrare un nesso di causalità. Viene data lettura della risposta data alla dottoressa. E' stato comunque consigliato, per non entrare in conflitto con i genitori della minore, di fornire quanto richiesto, anche in assenza di alcun obbligo di legge che imponga la consegna delle schede tecniche dei prodotti utilizzati per le cure.
- Il Presidente informa i presenti sulla risposta fornita da AGCM a seguito di segnalazione che questa CAO ha fatto nei confronti della società DDPD. Viene data lettura del parere pervenuto.
- Il Presidente informa su Comunicazione FNOMCeO riguardante titoli di eccellenza clinica conferiti dalla società "Dentisply Sirona" ad alcuni suoi clienti/odontoiatri che si sono sentiti autorizzati da questo conferimento a farne uso in pubblicità sanitaria. Parere della

Federazione è che questa società non sia titolata per rilasciare tale titolo e di conseguenza neppure i professionisti possano utilizzarlo ai fini dell'informazione sanitaria. La Federazione invita tutte le CAO a vigilare su questi aspetti. La CAO di Verona prende atto.

- Il Presidente informa i presenti su una segnalazione pervenuta dai tutelanti legali nei confronti del dott. MMM. Prende la parola il dott. Bovolin il quale ripercorre il caso relativo al sanitario, già noto a questa CAO per fatti avvenuti in passato. La segnalazione odierna riguarda due ex dipendenti le quali denunciano di non essere mai state pagate per lo stipendio dovuto e nemmeno liquidate con lo spettante TFR. Viene deciso di invitare a colloquio il sanitario.

### Relazioni istruttorie:

- TTT: viene ripercorso il caso. Si apre ampia discussione e viene deciso uno studio più approfondito del caso. Dopo disamina attenta dei documenti presenti a fascicolo tutta la CAO esprimerà un parere su come procedere nei confronti della dottoressa TTT.

## VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 22 GIUGNO 2021

**Presenti:** E. Boscagin, F. Bovolin, U. Luciano, R. Pace, F. Zattoni.

Inizio Cao alle ore 17.30.

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

### Comunicazioni del presidente

- Il Presidente da comunicazione della nota della conferenza delle regioni del 17/06/2021 della proroga di mesi 12 della possibilità di assumere personale non ASO.
- Il dr. Zattoni informa del colloquio avuto con la sig.ra Maria Boscato la quale chiede supporto collaborativo ed economico dai dentisti veronesi per l'adesione al programma di odontoiatria di sostegno per pazienti pediatriche in difficoltà. La CAO decide di darne visione all'associazione ANDI per la ricerca di collaborazioni volontarie.
- Comunicazione 135 della FNOMCEO: la federazione è intervenuta presso il Ministero della Salute per acquisire l'esatta interpretazione degli obblighi normativi scaturenti dalle disposizioni rispetto all'obbligo di vaccinazione per la prevenzione dall'infezione da Sars Cov2 di tutti gli esercenti delle professioni sanitarie.

- Il dr. Bovolin informa sull'iniziativa bollino blu riguardante la possibilità di avere un "patentino" per gestire i pazienti affetti da autismo. Dal momento che l'iniziativa è interessante e utile ai fini comunitari per l'assistenza dei pazienti affetti da autismo, si programma una conferenza stampa per comunicare a tutti i soci e alla popolazione questa iniziativa.

### Relazioni istruttorie

- Dr.ssa TTT: Si ripercorre il caso, dopo lunga discussione, questa CAO delibera di aprire procedimento disciplinare nei confronti della dott.ssa TTT, i cui relatori saranno il dr. Bovolin e il dr. Zattoni.

- Dr. AAA: Si ripercorre il caso. La presidente da comunicazione riguardo al colloquio avvenuto in data odierna. Dopo competenti spiegazioni questa Cao decide che il tema in questione esuli dalle proprie competenze.

### VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 27 LUGLIO 2021

**Presenti:** dott. Boscagin, Bovolín, Luciano, Zattoni

**Assenti giustificati:** dott. Pace  
Lettura ed approvazione verbale precedente: il verbale della seduta precedente viene approvato all'unanimità-

#### Comunicazioni del Presidente

- vengono stilate le date delle prossime riunioni CAO fino a dicembre 2021.

#### Relazioni istruttorie

- dott. TTT: viene ripercorso il caso e non appena il legale dell'Ordine avrà espresso parere sui capi di incolpazione si provvederà a fissare la data per la celebrazione del procedimento disciplinare.
- Dott. MMM – centro dent: viene ripercorso il caso relativo alla direzione sanitaria in capo al dott. MMM il quale, da documenti agli atti di questo Ordine, ha assunto la direzione sanitaria di una struttura odontoiatrica denominata XX pur rivestendo a tutt'oggi l'inca-

rico di direttore sanitario di altro centro dentistico. La CAO si riserva di valutare i fatti per istruire un'eventuale azione disciplinare nei confronti del Sanitario.



## 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

# Una ipotesi sul danno infiammatorio da Covid

“Alla luce delle recenti scoperte sul ruolo del recettore ACE2 presente sulla membrana cellulare e del suo principio attivo angiotensina 1-7 nel controllo della risposta infiammatoria, la malattia da Covid19 può ora essere sinteticamente interpretata come dovuta ad un difetto acuto e grave di angiotensina 1-7 dal momento che l'interazione fra la proteina virale spike ed il recettore ACE2 non porta solo all'ingresso del virus nella cellula, ma ad un blocco della sua attività, con un conseguente deficit acuto di angiotensina 1-7 ed innesco di una eccessiva risposta infiammatoria, mediata innanzitutto dalla IL-17A prima ancora che dalla IL-6 e dal TNF-alfa.

**Il difetto di angiotensina 1-7 comporta alterazioni a livello endoteliale, con aumento sia della permeabilità che delle proprietà trombotiche dell'endotelio, con quali possibili conseguenze il trombo-embolismo e l'edema polmonare.** Che la malattia Covid19 sia dovuta ad un difetto nell'espressione dell'ACE2 è dimostrato dal fatto che tutte le condizioni predisponenti alla gravità della malattia, vale a dire l'età, l'ipertensione ed il diabete, sono già caratterizzate di base da una ridotta espressione dell'ACE2. L'eccesso di IL-17A determina a sua volta da una parte una ulteriore inibizione dell'espressione dell'ACE2 e dall'altra parte una **attivazione della FAAH (fatty acid amide hydrolase), l'enzima coinvolto nel catabolismo dei cannabinoidi endogeni (arachidonil-etanolamide, 2-arachidonil-glicerolo, PEA), con un conseguente deficit acuto della funzionalità del sistema endo-cannabinoide, il quale svolge un ruolo anti-infiammatorio fondamentale.** Compresi questi complessi meccanismi (che nessuno al

Mondo pare avere compreso nella loro integralità immuno-neuro-endocrina), è allora mio dovere suggerire nel caso della malattia Covid19 la possibile utilità di farmaci provvisti di effetto inibitorio sulla secrezione di IL-17 quali **l'ormone della ghiandola pineale melatonina, il cannabidiolo ed il PEA, ma soprattutto della stessa somministrazione di angiotensina 1-7, disponibile ora solo come prodotto galenico, con finalità sia preventiva che innanzitutto curativa, sia della fase acuta di malattia che della sindrome post-Covid19, dovuta probabilmente al lento ripristino di una normale funzionalità del sistema ACE2-angiotensina 1-7, ovviamente variando le dosi e la via di somministrazione (orale o EV) a seconda della gravità della patologia”.**

Abbiamo studiato, ricercato e tutta la sintomatologia della malattia Covid-19, cioè la distress respiratoria e tromboembolia, può essere spiegata come un difetto acuto dell'attività dell' Ace2, indotto dal legame con la spike proteina virale, e del suo principio attivo, la angiotensina 1-7, in grado di curare sia la trombosi che la distress respiratoria. Infatti tutte le condizioni predisponenti, ipertensione, diabete, presentano già un deficit di ang 1-7. La terapia della malattia covid potrebbe pertanto consistere nella somministrazione di ang 1-7, a dosi basse orali nella positività al tampone e alte dosi endovena nei casi gravi.

CORDIALITÀ.  
DOTT. MARCO MARTINI

**Covid, ghiandola pineale e sistema cannabinoide endogeno. Funzionalità immunitaria e psico-neurochimica.**

La condizione pandemia del Covid19 ha evidenziato l'importanza del rapporto fra Scienza e Politica, mostrando come la condizione ottimale è quella di un rapporto paritetico e non di una superiorità dell'una sull'altra, essendo inseparabili fra esse, dal momento che da una parte senza un atto politico-sociale nessuna nuova conoscenza formulata dalla scienza non potrebbe mai tradursi in realtà sociale disponibile per tutti e dall'altra parte una Politica non continuamente rinnovata da nuove conoscenze finirebbe per fossilizzare se stessa.

Ora, dal punto di vista dal punto di vista della Scienza medica, è ormai evidente a tutti il limite di avere trascurato anche a livello universitario lo studio di strutture anatomiche del corpo umano fondamentali per il conseguimento di un perfetto stato di salute, in particolare della ghiandola pineale, del sistema cannabinoide endogeno e delle citochine del sistema immunitario, proteine prodotte dalle cellule immunitarie attivate in numero di circa 40 e dalle quali dipende la funzionalità stessa del sistema immunitario, tematiche queste studiate attualmente pressoché dalla sola psico-neuro-endocrino-immunologia (PNEI), la quale non è tuttavia ancora riconosciuta come disciplina medica specialistica. A livello sperimentale è noto da anni che l'attività della ghiandola pineale cala con gli anni in gran parte, ma non in tutti gli individui e che al calo dell'attività della pineale corrisponda una aumentata incidenza di tumori che di patologie cardiovascolari. E noto inoltre che

sia la pineale che il sistema cannabinoide endogeno svolgono un ruolo fondamentale anti-tumorale ed anti-infiammatorio. È noto infine che sia una carenza che un eccesso di determinate citochine è causa di patologia e di morte. Da un punto di vista della gestione sociale della medicina, sarebbe allora importante aggiungere alle comuni pratiche mediche diagnostiche e preventive, volte ad includere nella pratica clinica le conoscenze inerenti la funzionalità della ghiandola pineale, del sistema cannabinoide e del sistema delle citochine, atto questo che implica ovviamente scelte sia di investimento economico che di impostazione culturale, dando valore anche a tematiche quali il Piacere e la dimensione spirituale dell'essere umano. Le citochine possono essere valutate su prelievo di sangue.

La funzionalità del sistema cannabinoide può essere indagato su pre-

lievo di sangue misurando i livelli di FAAH (fatty acid amide hydrolase), l'enzima che distrugge i cannabinoidi. Infine la funzionalità della ghiandola pineale è possibile misurando i livelli urinari diurni e notturni della 6-sulfatoxi-melatonina (6- massa MTS), il metabolita della melatonina, il più noto dei diversi ormoni prodotti dalla pineale.

Uno screening di massa valutando i livelli di 6-MTS in individui dai 60 anni in su potrebbe consentire di evidenziare un eventuale deficit pinealico, quindi una maggiore predisposizione a malattie sistemiche, correggendo il quale mediante la semplice somministrazione esogena di melatonina, al pari di ogni altro difetto endocrino, potrebbe ridurre l'incidenza di neoplasie e patologie cardiovascolari. Non esiste pertanto una vera prevenzione senza una valutazione della pineale, del sistema cannabinoide e della secrezione citochinica.

Ma il passaggio dalle conoscenze mediche sperimentali alla clinica ed alla gestione sociale della medicina è un atto eminentemente politico, sia di conoscenza che di competenza, di ordine socio-sanitario.

All'opposto, tutte le attuali riflessioni sulla sanità hanno riguardato il solo aspetto quantitativo (numero di posti letto, numero di terapie intensive, disponibilità dei farmaci), nell'implicita accettazione che questa attuale sia comunque la miglior medicina, quando invece la vera domanda da porsi, alla luce anche dell'infezione da Covid19, è se sia ancora questa la miglior Medicina, una Medicina che ancora non vuole indagare nell'intimo la funzionalità immunitaria e la psico-neurochimica degli stati di coscienza e delle emozioni.

DOTT. PAOLO LISSONI  
DOTT. MARCO MARTINI

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

## OFFERTI AGLI ISCRITTI

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

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

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

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

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

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

La consulenza si espleta presso la sede dell'OMCeO VR, previo appuntamento telefonico richiesto al n. tel. 045 8006112, nella giornata di 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.

# Rapporto sulla Sorveglianza dei vaccini COVID-19

8 - 27/12/2020 - 26/08/2021

## INTRODUZIONE ALLA LETTURA

Nessun prodotto medicinale può essere mai considerato esente da rischi. Ognuno di noi, quando decide di servirsi di un farmaco o di sottoporsi a una vaccinazione, dovrebbe avere presente che quello che sta facendo è bilanciare i benefici con i rischi. Verificare che i benefici di un vaccino siano superiori ai rischi e ridurre questi al minimo è responsabilità delle autorità sanitarie che regolano l'immissione in commercio dei prodotti medicinali. Servirsi di un farmaco in maniera corretta, ponderata e consapevole è responsabilità di tutti. Il nostro Paese è dotato di un sistema di farmacovigilanza che, ormai da molti anni, dedica un'attenzione particolare e un apposito impianto organizzativo proprio al monitoraggio di quello che succede dopo la somministrazione di un vaccino. Si tratta di un sistema aperto, dinamico, cui tutti (professionisti sanitari, pazienti, genitori, cittadini) possono inviare le proprie segnalazioni contribuendo al monitoraggio dell'uso sicuro dei vaccini e dei medicinali in genere. Inoltre, il sistema ha piena trasparenza e offre l'accesso ai dati aggregati, interrogabili sul sito web dell'AIFA. È grazie a questo sistema di farmacovigilanza che è possibile realizzare questo Rapporto, che prevede un aggiornamento mensile e segue puntualmente l'andamento della campagna vaccinale contro COVID-19. Una corretta informazione è alla base di ogni scelta consapevole e questo Rapporto intende offrire a tutti un'informazione tempestiva, comprensibile e consolidata.

## GUIDA ALLA LETTURA DEI DATI

Questo Rapporto descrive le segnalazioni di reazioni che sono state osservate dopo la somministrazione del vaccino. Ciò non significa che queste

reazioni siano state causate dal vaccino. Potrebbero essere un sintomo di un'altra malattia o potrebbero essere associate a un altro prodotto assunto dalla persona che si è vaccinata. Indagare sul significato e sulle cause di queste reazioni è compito della farmacovigilanza. Per orientarsi in questo processo di indagine e analisi è necessario sapere che:

- un **evento avverso** è un qualsiasi episodio sfavorevole che si verifica dopo la somministrazione di un farmaco o di un vaccino, ma che non è necessariamente causato dall'assunzione del farmaco o dall'aver ricevuto la vaccinazione;
- una **reazione avversa**, invece, è una risposta nociva e non intenzionale a un farmaco o a una vaccinazione per la quale è possibile stabilire una relazione causale con il farmaco o la vaccinazione stessa. Per distinguere, quindi, se siamo di fronte a un evento avverso o a una reazione avversa, dobbiamo valutare se è possibile risalire a una causa legata al prodotto medicinale. Non è sufficiente che l'evento si sia verificato a breve distanza dalla vaccinazione o dall'assunzione del farmaco;
- un **effetto indesiderato** è un effetto non intenzionale connesso alle proprietà del farmaco o del vaccino, che non è necessariamente nocivo ed è stato osservato in un certo numero di persone. Si tratta quindi di un possibile effetto noto, verificatosi nel corso del tempo e considerato accettabile.

Indagare **ogni evento** che compare dopo una vaccinazione serve a raccogliere quante più informazioni possibili e ad aumentare la possibilità di individuare gli eventi davvero sospetti, di cui è importante capire la natura,

o che non sono mai stati osservati in precedenza, con l'obiettivo di accertare se esiste un nesso causale con la vaccinazione. In questo modo, le autorità regolatorie come AIFA possono verificare la sicurezza dei vaccini nel mondo reale, confermando quanto è stato osservato negli studi precedenti all'autorizzazione ed eventualmente identificando nuove potenziali reazioni avverse, soprattutto se rare (1 su 10.000) e molto rare (meno di 1 su 10.000). Un ampio numero di segnalazioni, quindi, non implica una maggiore pericolosità del vaccino, ma è indice dell'**elevata capacità** del sistema di farmacovigilanza nel **monitorare la sicurezza**.

## Come si indaga una segnalazione

Ogni segnalazione rappresenta un **sospetto** che richiede ulteriori approfondimenti, attraverso un processo che porta, via via, a riconoscere se la reazione che è stata descritta possa avere una relazione con la somministrazione del vaccino. Il processo di analisi del segnale segue modalità standardizzate in modo che sia sempre possibile confrontarle con altri segnali e altri processi analoghi.

Per questo motivo il Comitato Consultivo Globale per la Sicurezza dei Vaccini (GACVS) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha messo a punto un algoritmo specifico che tiene conto di:

- relazione temporale fra la vaccinazione e la reazione segnalata;
- presenza di possibili spiegazioni alternative;
- prove a favore dell'associazione tra la vaccinazione e la reazione;
- precedenti evidenze di letteratura;
- frequenza dell'evento segnalato nella popolazione generale, anche non vaccinata;
- plausibilità biologica.

Si tratta, perciò, di raccogliere tutti i dati disponibili per definire le caratteristiche dell'evento che è stato segnalato. Si approfondiscono: la plausibilità della relazione temporale e biologica con la vaccinazione, la frequenza con cui l'evento si manifesta in relazione al vaccino somministrato rispetto alla frequenza con cui lo stesso evento si può riscontrare nella popolazione generale e si valuta la coesistenza di altre condizioni che possano determinare o concorrere all'insorgenza della

reazione. Sulla base delle prove disponibili, tutte queste analisi insieme consentono di valutare la probabilità per cui un vaccino e quel certo evento associato nel tempo siano legati da un rapporto di causa, cioè la probabilità per cui quella certa reazione sia stata causata dal vaccino<sup>1</sup>. Questo processo di valutazione, che consente di discriminare via via nel gran numero di segnali preso in considerazione in partenza, può produrre tre possibili interpretazioni:

- **correlabile:** l'associazione causale fra evento e vaccino è considerata plausibile;
  - **non correlabile:** altri fattori possono giustificare l'evento;
  - **indeterminata:** l'associazione temporale è compatibile, ma le prove non sono sufficienti a supportare un nesso di causalità.
- Le eventuali segnalazioni prive di informazioni sufficienti, per cui sono necessari ulteriori approfondimenti, si definiscono **non classificabili**.

## HIGHLIGHTS



Al 26 agosto 2021 sono state inserite 119 segnalazioni ogni 100.000 dosi somministrate, indipendentemente dal vaccino e dalla dose somministrata.

Le segnalazioni riguardano soprattutto Comirnaty, che è stato il più utilizzato, e solo in minor misura Vaxzevria; i vaccini Spikevax (exCOVID19 Vaccino Moderna) e COVID19 Vaccino Janssen risultano meno utilizzati.



L'andamento delle segnalazioni e i relativi tassi sono sostanzialmente stabili nel tempo.

La maggior parte degli eventi avversi segnalati sono classificati come non gravi (86,1% circa) che si risolvono completamente e solo in minor misura come gravi (13,8%), con esito in risoluzione completa o miglioramento nella maggior parte dei casi.



Nel periodo in esame, circa il 45% del totale delle dosi somministrate è stato utilizzato per completare il ciclo vaccinale (secondo dose), prevalentemente con il vaccino Comirnaty.

Per tutti i vaccini, gli eventi avversi più segnalati sono febbre, stanchezza, cefalea, dolori muscolari/articolari, reazione locale o dolore in sede di iniezione, brividi e nausea.



Il tasso di segnalazione della vaccinazione con schedula mista è di 41 segnalazioni ogni 100.000 dosi somministrate, la maggior parte non grave e con esito in risoluzione completa o miglioramento. La distribuzione per tipologia degli eventi avversi non è sostanzialmente diversa fra i due vaccini utilizzati.

Il tasso di segnalazione nella fascia di età tra i 12 e i 19 anni è di 22 eventi avversi ogni 100.000 dosi somministrate. La distribuzione per tipologia degli eventi avversi non è sostanzialmente diversa da quella osservata per tutte le altre classi di età.



*I dati elaborati e descritti in questi report devono essere considerati come descrittivi di un processo dinamico in continua evoluzione.*

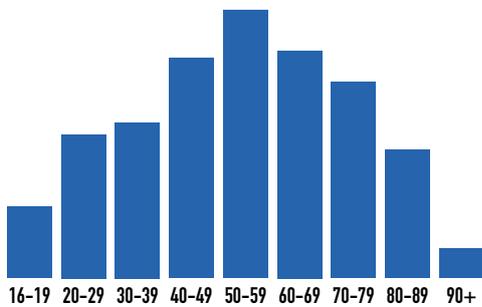
<sup>1</sup> per approfondimento: [http://www.who.int/vaccine\\_safety/publications/AEFI\\_aide\\_memoire.pdf?ua=1](http://www.who.int/vaccine_safety/publications/AEFI_aide_memoire.pdf?ua=1)

# SOSPETTE REAZIONI AVVERSE A VACCINI COVID-19

## DOSI SOMMINISTRATE

**76.509.846**

Comirnaty 71%  
Spikevax 11%  
Vaxzevria 16%  
Vaccino Janssen 2%



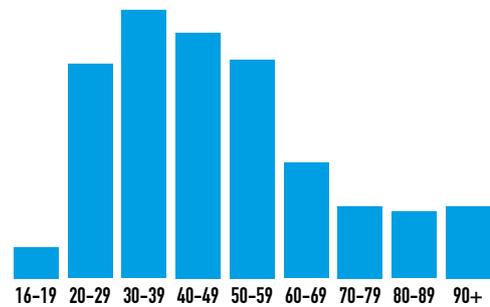
SOMMINISTRAZIONI PER FASCE D'ETÀ



## SOSPETTE REAZIONI AVVERSE

**91.360**

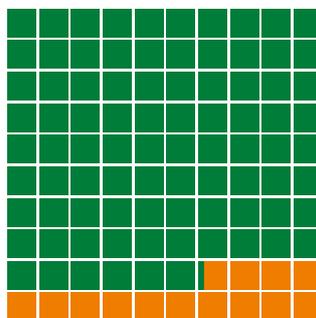
Comirnaty 67%  
Spikevax 8%  
Vaxzevria 24%  
Vaccino Janssen 1%



TASSO DI SEGNALAZIONE PER FASCE D'ETÀ



## SOSPETTE REAZIONI AVVERSE GRAVI/NON GRAVI



**NON GRAVI**  
**86,1%**

**GRAVI**  
**13,8%**

LO 0,1% DELLE SOSPETTE REAZIONI AVVERSE NON È DEFINITO

La sorveglianza sulla potenziale associazione fra un certo evento e un vaccino tiene conto anche di valutazioni più generali. Per esempio si mettono a confronto il numero di segnalazioni di sospetta reazione avversa in seguito alla somministrazione del vaccino rispetto alle segnalazioni di **quella stessa reazione avversa** dopo la somministrazione di un **qualsiasi altro farmaco**, per cercare di mettere in luce se un certo evento venga segnalato più frequentemente per un certo medicinale. L'analisi osservato/atteso permette invece di confrontare la frequenza con cui, in una determinata finestra temporale, un evento si osserva in relazione alla vaccinazione, rispetto alla frequenza con cui **lo stesso evento si osserva nella popolazione generale**. Entrambe le valutazioni permettono di identificare la possibilità di una potenziale associazione, che in quel caso sarebbe da approfondire ulteriormente.

## ANALISI DEI DATI

**Database di riferimento:**

**Rete nazionale di**

**Farmacovigilanza (rnf)**

**Periodo in esame:**

**27/12/2020 - 26/08/2021**

I vaccini attualmente autorizzati e utilizzati in Italia nella campagna di vaccinazione per COVID-19 sono 4:

- Comirnaty (Pfizer/BioNTech), vaccino a mRNA autorizzato dal 22/12/2020 e utilizzato dal 27/12/2020;
- Spikevax (Moderna), vaccino a mRNA autorizzato dal 07/01/2021 e utilizzato dal 14/01/2021;
- Vaxzevria (AstraZeneca), vaccino a vettore virale ricombinante autorizzato dal 29/01/2021 e utilizzato dal 01/02/2021;
- COVID-19 Vaccino Janssen (Janssen Cilag), vaccino a vettore virale autorizzato dal 12/03/2021 e utilizzato dal 22/04/2021.

Alla data del 26/08/2021, sono state inserite complessivamente nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza **91.360 segnalazioni di evento avverso successivo alla vaccinazione su un totale di 76.509.846 dosi di vaccino, con un tasso di segnalazione di 119 ogni 100.000 dosi somministrate**. La distribuzione delle segnalazioni e delle dosi somministrate per tipologia di vaccino è riportata nella tabella 1. Comirnaty è il vaccino attualmente più utilizzato nella campagna vaccinale italiana (71%), seguito da Vaxzevria (16%), Spikevax (11%) e COVID-19 Vaccino Janssen (2%)<sup>2</sup>. In linea con i precedenti Rapporti, la distribuzione delle segnalazioni per tipologia di vaccino ricalca quella delle somministrazio-

### Cos'è il tasso di segnalazione?

Il tasso di segnalazione è il rapporto fra il numero di segnalazioni inserite nel sistema di Farmacovigilanza rispetto al numero di dosi somministrate, al momento dell'estrazione dei dati. Questo valore viene riportato come numero di segnalazioni che si osservano ogni 100.000 dosi somministrate, in maniera tale da ottenere una misura standardizzata e confrontabile del funzionamento del sistema.

ni (Comirnaty 67%, Vaxzevria 24%, Spikevax 8%, COVID-19 vaccino Janssen 1%).

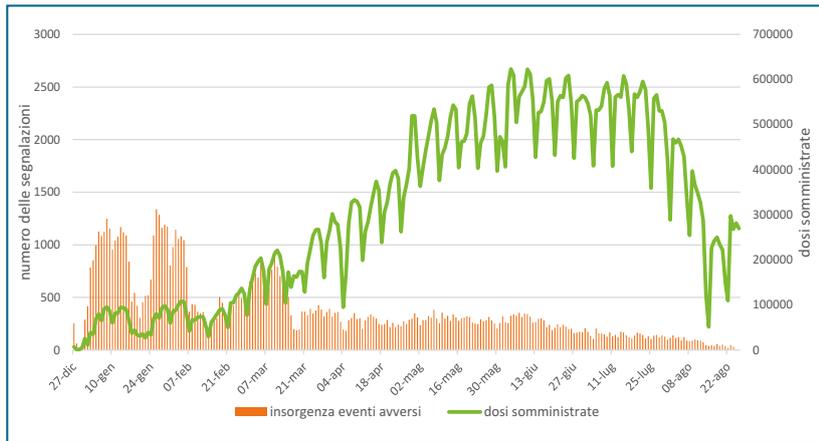
L'andamento nel tempo delle segnalazioni rispetto alle dosi somministrate (figura 1<sup>a</sup>) e al numero di dose (1<sup>a</sup> o 2<sup>a</sup> dose; figura 1b) per tutti i vaccini è sovrapponibile a quello riportato nei precedenti Rapporti, con un minore incremento delle segnalazioni rispetto all'aumento del numero di somministrazioni, anch'esse in calo nel mese di agosto, ed è stabile negli ultimi mesi. Si ricorda che tale andamento è una fotografia delle segnalazioni presenti nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza al momento dell'estrazione dei dati e può modificarsi nel tempo.

**Tabella 1.** Segnalazioni, dosi somministrate e relativi tassi per vaccini COVID-19 attualmente autorizzati

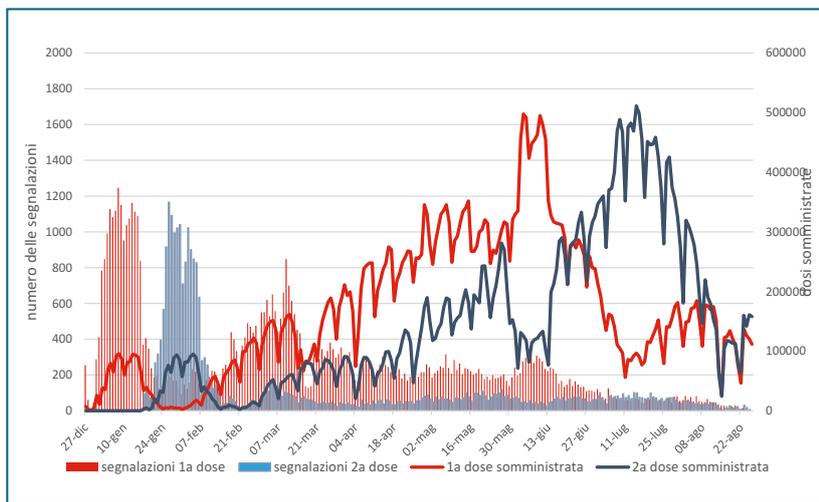
Vaccino COVID-19	Segnalazioni al 26/08/2021	Dosi somministrate al 26/08/2021	Tasso di segnalazione (per 100.000 dosi somministrate)	Intervallo di Confidenza al 95%
Comirnaty	61.281	54.226.752	<b>113</b>	<b>112-114</b>
Spikevax	7.056	8.762.697	<b>80</b>	<b>78-82</b>
Principio attivo mRNA	17			
Vaxzevria	21.790	12.093.073	<b>180</b>	<b>178-182</b>
Janssen	1.224	1.427.324	<b>85</b>	<b>80-90</b>
<b>Totale</b>	<b>91.368*</b>	<b>76.509.846</b>	<b>119</b>	<b>118-120</b>

\* il numero totale delle segnalazioni per vaccino commerciale non corrisponde al totale delle schede presenti nella RNF ma è maggiore in quanto in otto schede sono indicati due vaccini sospetti (dopo vaccinazione eterologa).

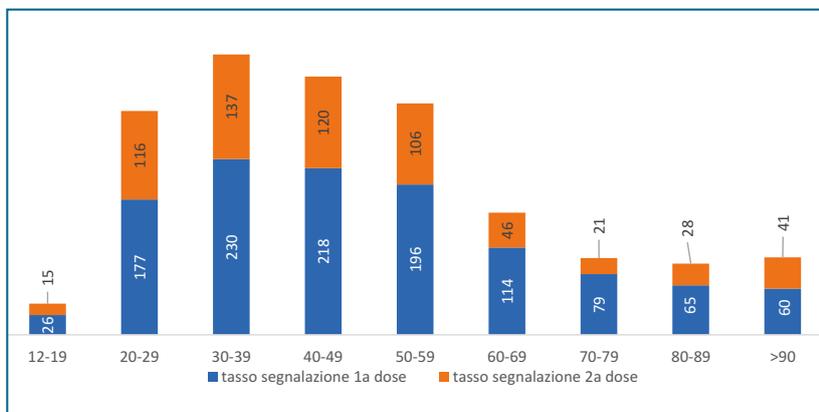
<sup>2</sup> Il numero di dosi somministrate al 26/08/2021 è reso disponibile dal Ministero della Salute al seguente link: <https://github.com/italia/covid19-opendata-vaccini>; l'estrazione dei dati è stata effettuata in data 29/08/2021



**Figura 1A.** Distribuzione delle segnalazioni inserite nella RNF per data di insorgenza dell'evento, in funzione delle dosi di vaccino somministrate



**Figura 1B.** Distribuzione delle segnalazioni inserite nella RNF per data di insorgenza dell'evento, relative alla 1ª o alla 2ª dose, in funzione delle dosi di vaccino somministrate



**Figura 2.** Distribuzione del tasso di segnalazione per fasce d'età in relazione alla 1ª o 2ª dose somministrata

## DISTRIBUZIONE PER ETÀ, SESSO E TIPOLOGIA DI SEGNALATORE

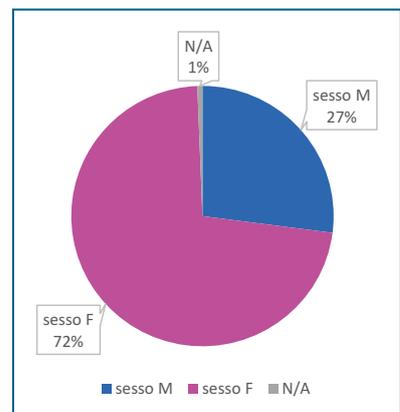
### Distribuzione per età

L'età media delle persone che hanno avuto un sospetto evento avverso è 48,3 anni (età mediana di 48 anni). Il tasso di segnalazione in base all'età e al numero di dose è riportato nella figura 2.

Come già riportato negli studi clinici pre-autorizzativi e nei precedenti Rapporti, il tasso di segnalazione è maggiore nelle fasce di età comprese tra i 20 e i 60 anni, per poi diminuire nelle fasce d'età più avanzate e nei giovanissimi, con un andamento simile dopo 1ª e 2ª dose.

### Distribuzione per sesso

A fronte di una esposizione sovrapponibile fra i sessi (52% delle dosi somministrate nel sesso femminile e 48% nel sesso maschile), il 72% delle segnalazioni riguarda le donne (164/100.000 dosi somministrate) e il 27% gli uomini (69/100.000 dosi somministrate), indipendentemente dal vaccino e dalla dose somministrati (il sesso non è riportato nell'1% delle segnalazioni, fig. 3). Tale andamento è osservabile anche negli altri Paesi europei.



**Figura 3.** Distribuzione per sesso delle segnalazioni inserite nella RNF

Questa differenza si mantiene pressoché costante nelle varie classi di età (fig. 4).

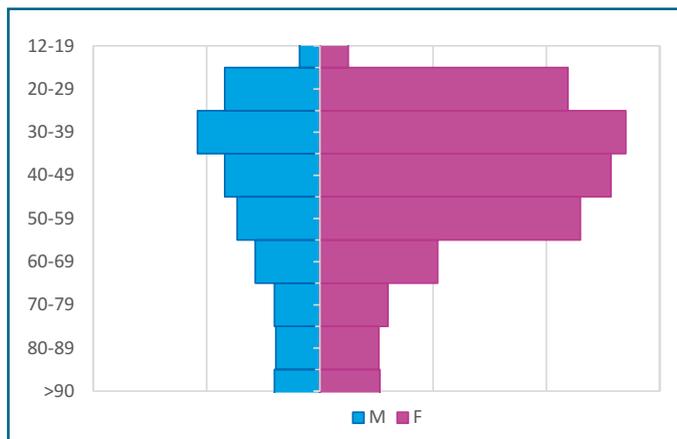


Figura 4. Distribuzione per sesso ed età delle segnalazioni inserite nella RNF

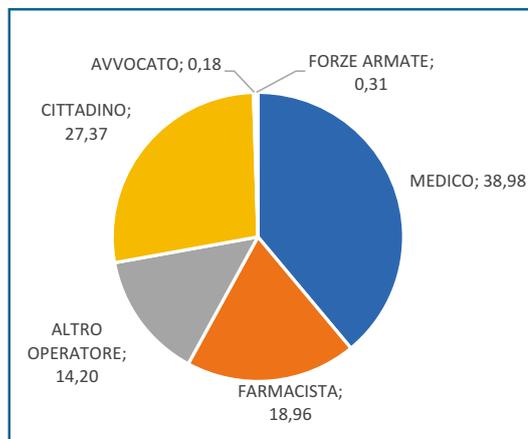


Figura 5. Tipologia di segnalatore delle schede di segnalazione inserite dall'inizio della campagna vaccinale

### Distribuzione per tipologia di segnalatore e tempo di insorgenza

Nella figura 5 è riportata la distribuzione per tipologia di segnalatore. Circa il 72% delle segnalazioni proviene da operatori sanitari, prevalentemente medici e farmacisti, mentre circa il 27% da paziente/cittadino, con un modesto incremento rispetto ai mesi precedenti. Il 96% circa di queste segnalazioni è di tipo spontaneo.

La distribuzione delle segnalazioni in base al tempo di insorgenza rispetto alla vaccinazione è riportata in tabella 2.

TEMPO DI INSORGENZA	N° SEGNALAZIONI	%
0 giorni	42.968	47%
1 giorno	26.877	29%
2-7 giorni	10.694	12%
>7 giorni	6.840	7%
Non definibile	3.981	4%
<b>Totale</b>	<b>91.360</b>	<b>100%</b>

Tabella 2. Distribuzione delle segnalazioni per tempo di inizio sintomi rispetto alla data di vaccinazione.

Come riportato nei precedenti Rapporti, indipendentemente dal vaccino, dalla dose e dalla tipologia di evento, la reazione si è verificata nella maggior parte dei casi (80% circa) nella stessa giornata della vaccinazione o il giorno successivo e solo più raramente l'evento si è verificato oltre le 48 ore successive.

### Distribuzione per gravità ed esito

L'86,1% delle segnalazioni inserite al 26/08/2021 è riferita a **eventi non gravi**, con un tasso di segnalazione pari a 103/100.000 dosi somministrate e il **13,8%** a **eventi avversi gravi**, con un tasso di 13 eventi gravi ogni 100.000 dosi somministrate, indipen-

dentemente dal tipo di vaccino, dalla dose somministrata (1<sup>a</sup> o 2<sup>a</sup> dose) e dal possibile ruolo causale della vaccinazione (la gravità non è riportata nello 0,1% delle segnalazioni).

I tassi di segnalazione degli eventi avversi gravi per i singoli vaccini sono: 13 casi ogni 100.000 dosi di Comirnaty, 14 ogni 100.000 dosi di Spikevax, 33 ogni 100.000 dosi di Vaxzevria e 19 ogni 100.000 dosi di Janssen. Come già riportato nei precedenti Rapporti, anche gli eventi avversi gravi segnalati si verificano soprattutto nelle prime 48 ore dopo la vaccinazione (circa il 53% dei casi), mentre più raramente si osservano nelle settimane successive (circa il

41% dei casi). Nel restante 6% dei casi, le informazioni sono insufficienti a stabilire il tempo di insorgenza dell'evento avverso rispetto alla segnalazione, nonostante le richieste di follow up effettuate.

La maggior parte delle segnalazioni gravi sono classificate come "altra condizione clinicamente rilevante", ovvero hanno allertato il soggetto e/o il segnalatore senza determinare un intervento specifico in ambiente ospedaliero. Nella figura 6 è riportata la distribuzione delle segnalazioni per gravità, con il dettaglio del criterio di gravità per le reazioni gravi relative a tutti i vaccini.

## Quando una segnalazione è considerata grave?

La gravità delle segnalazioni viene definita in base di criteri standardizzati che non sempre coincidono con la reale gravità clinica dell'evento. Un evento è sempre grave se causa ospedalizzazione, pronto soccorso, pericolo immediato di vita, invalidità, anomalie congenite, decesso, altra condizione clinicamente rilevante. Alcuni eventi avversi, inoltre, vengono considerati sempre gravi se presenti in una lista pubblicata e periodicamente aggiornata dall'Agenzia Europea dei Medicinali, sotto il nome di IME list (Important Medical Events, per es. febbre alta).

Come riportato nella figura 7, la maggior parte delle segnalazioni (70% circa) si riferisce a eventi avversi non gravi, con esito "risoluzione completa" (guarigione) o "miglioramento" già al momento della segnalazione. Il 56% circa delle segnalazioni gravi riporta come esito la "risoluzione completa" o il "miglioramento" dell'evento e il 26% risulta non ancora guarito al momento della segnalazione.

Si ricorda che l'esito delle segnalazioni è in continuo aggiornamento, attraverso la richiesta di informazioni di follow up. La distribuzione per esito non presenta differenze significative fra i vaccini attualmente in uso.

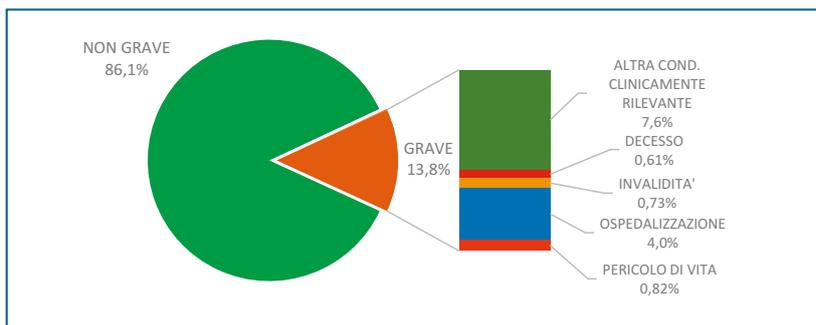


Figura 6. Distribuzione per criterio di gravità delle segnalazioni inserite nel periodo in esame (nello 0,1% delle segnalazioni il criterio di gravità non è indicato).

## Segnalazioni gravi e nesso di causalità.

Al momento della stesura di questo Rapporto, il nesso di causalità secondo l'algoritmo dell'OMS è stato inserito nel 74% (9.324/12.600) delle segnalazioni di eventi avversi gravi, indipendentemente dall'esito ed è risultato correlabile alla vaccinazione nel 42% di tutte le segnalazioni gravi valutate (3.909/9.324), indeterminato nel 35% (3.302/9.324) e non correlabile nel 20% (1.845/9.324). Il 3% (268/9.324) delle segnalazioni valutate è inclassificabile, per mancanza di informazioni sufficienti.

## Decessi e nesso di causalità.

Complessivamente, 555 di queste segnalazioni gravi (al netto dei duplicati, ovvero dei casi per cui è stata inserita più di una segnalazione) riportano l'esito "decesso" con un tasso di segnalazione di 0,73/100.000 dosi somministrate, indipendentemente

dalla tipologia di vaccino, dal numero di dosi e dal nesso di causalità, tasso simile a quello riportato nel Rapporto precedente. La distribuzione di questi casi ad esito fatale per tipologia di vaccino è riportata in tabella 3. Il 48,5% dei casi riguarda donne, il 50,8% uomini mentre lo 0,7% (4 schede) non riporta questo dato. L'età media è di 76 anni (range 18-104 anni). Il tempo intercorrente tra la somministrazione e il decesso varia da due ore fino a un massimo di 133 giorni, ove riportato. In 381 casi il decesso è registrato dopo la prima dose e in 174 dopo la seconda. Continuano a non essere segnalati decessi a seguito di shock anafilattico o reazioni allergiche importanti, mentre è frequente che il decesso si verifichi a seguito di complicanze di malattie o condizioni già presenti prima della vaccinazione.

Il 71,3% (396/555) delle segnalazioni con esito decesso presenta una va-

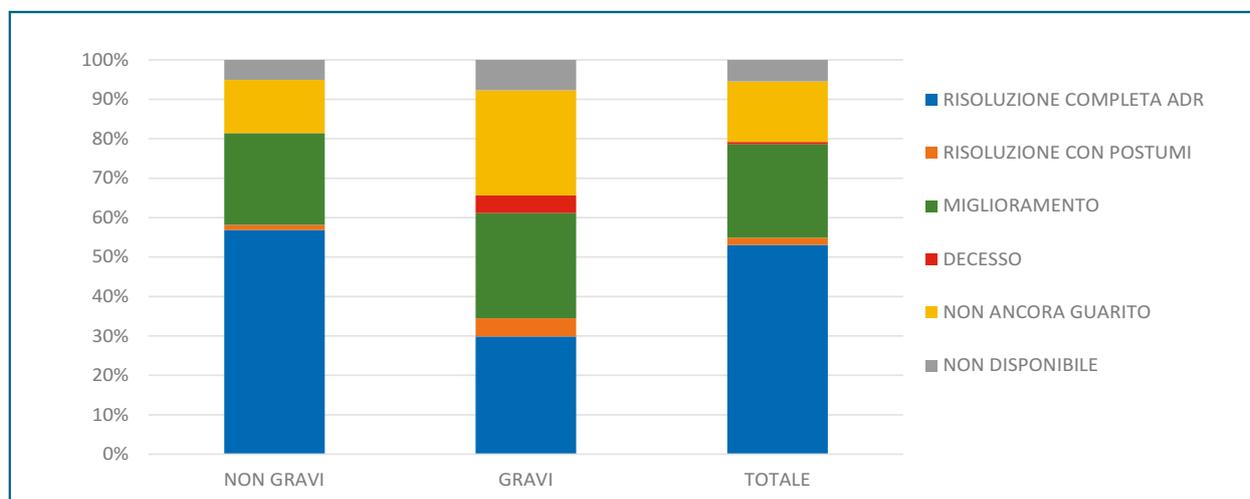


Figura 7. Distribuzione per esito delle segnalazioni inserite nel periodo in esame

VACCINO	Casi fatali	Tassi per 100.000 dosi somministrate
Comirnaty	345	0,64
Spikevax	92	1,05
Vaxzevria	94	0,78
Janssen	24	1,68
<b>Totale</b>	<b>555</b>	<b>0,73</b>

**Tabella 3.** Distribuzione delle segnalazioni con esito decesso per tipologia di vaccino.

lutazione del nesso di causalità con l'algoritmo dell'OMS, in base al quale il 58,8% dei casi (233/396) è **non correlabile**, il 32,3% (128/396) **indeterminato** e il 5,3% (21/396) **inclassificabile** per mancanza di informazioni sufficienti. Complessivamente, 14 casi (3,5%) sui 396 valutati sono risultati **correlabili** (circa 0,2 casi ogni milione di dosi somministrate), di cui 7 già descritti nei Rapporti precedenti. Le rimanenti 7 segnalazioni si riferiscono a 3 pazienti ultraottantenni con condizione di fragilità per pluripatologie, deceduti per COVID-19 dopo aver

completato il ciclo vaccinale (in due casi 3 settimane prima e in un caso 39 giorni prima dell'evento fatale), 3 pazienti deceduti per complicanze di un evento di natura trombotica associato a trombocitopenia e 1 paziente deceduto per complicanze di porpora trombotica trombocitopenica.

#### Distribuzione per numero di dose

Nel periodo in esame, circa il 45% delle dosi somministrate è stato utilizzato per completare il ciclo vaccinale (secondo dose), prevalentemente con il vaccino Comirnaty. Nella tabella 4

sono riportati i tassi di segnalazione di sospetti eventi avversi per tipologia di vaccino e numero di dose.

Come già osservato nei precedenti Rapporti, per i vaccini Comirnaty e Spikevax non sono state osservate sostanziali differenze dei tassi di segnalazione fra 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> dose, che risultano in linea con il tasso cumulativo. Per il vaccino Vaxzevria, invece, il tasso di segnalazione relativo alla 2<sup>a</sup> dose continua a essere significativamente inferiore rispetto a quello relativo alla 1<sup>a</sup> dose.

Vaccino	Tasso di segnalazione relativo alla 1 <sup>a</sup> dose (per 100.000 dosi somministrate)	Intervallo di Confidenza al 95%	Tasso di segnalazione relativo alla 2 <sup>a</sup> dose (per 100.000 dosi somministrate)	Intervallo di Confidenza al 95%	Tasso di segnalazione cumulativo (per 100.000 dosi somministrate)	Intervallo di Confidenza al 95%
Comirnaty	131	130-132	93	92-94	113	<b>92-94</b>
Spikevax	94	91-97	61	58-63	80	<b>58-63</b>
Vaxzevria	314	310-318	23	22-24	180	<b>22-24</b>
Janssen	86	81-91	-	-	86	-
Tutti i vaccini	153	152-154	78	77-79	119	<b>77-79</b>

**Tabella 4.** Distribuzione delle segnalazioni per numero di dose.

#### Distribuzione per tipologia di evento

I grafici 8, 9, 10 e 11 riportano in ordine di frequenza le tipologie di evento segnalato in base alla Classe Sistemico-Organica (SOC) per i quattro vaccini utilizzati, indipendentemente da dose e nesso di causalità. Poiché una singola scheda di segnalazione può riportare più eventi, il numero totale degli eventi è maggiore del numero totale di segnalazioni.

#### Vaccino Comirnaty (Pfizer/BioNTech)

L'analisi della distribuzione per tipologia degli eventi avversi a seguito di vaccinazione con Comirnaty non ha osservato sostanziali differenze rispetto ai precedenti Rapporti.

Le sospette reazioni avverse più frequentemente segnalate rientrano nelle **patologie generali e condizioni**

**relative alla sede di somministrazione**, soprattutto reazioni nel sito di inoculazione, febbre e stanchezza/astenia, seguite dalle **patologie del sistema nervoso**, prevalentemente cefalea e parestesie, dalle **patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo**, per la maggior parte dolore muscoloscheletrico e dalle **patologie gastrointestinali**, in genere nausea, vomito e diarrea.

## INDICATO Come vengono classificati gli eventi avversi nelle segnalazioni?

Gli AEFI sono inseriti in RNF secondo un dizionario specifico, denominato MedDRA (Medical Dictionary for Regulatory Activities) che prevede termini preferiti (concetti medici unici come segni, sintomi, malattie, ecc...), successivamente raggruppati secondo relazioni di equivalenza (termini sinonimi) e di gerarchia. Il livello più elevato di organizzazione è rappresentato dalle classi sistemico-organiche (SOC), che raggruppano gli eventi per cause (p. es.: infezioni ed infestazioni), sede (p. es. patologie gastrointestinali) e scopo (p. es.: procedure mediche e chirurgiche).

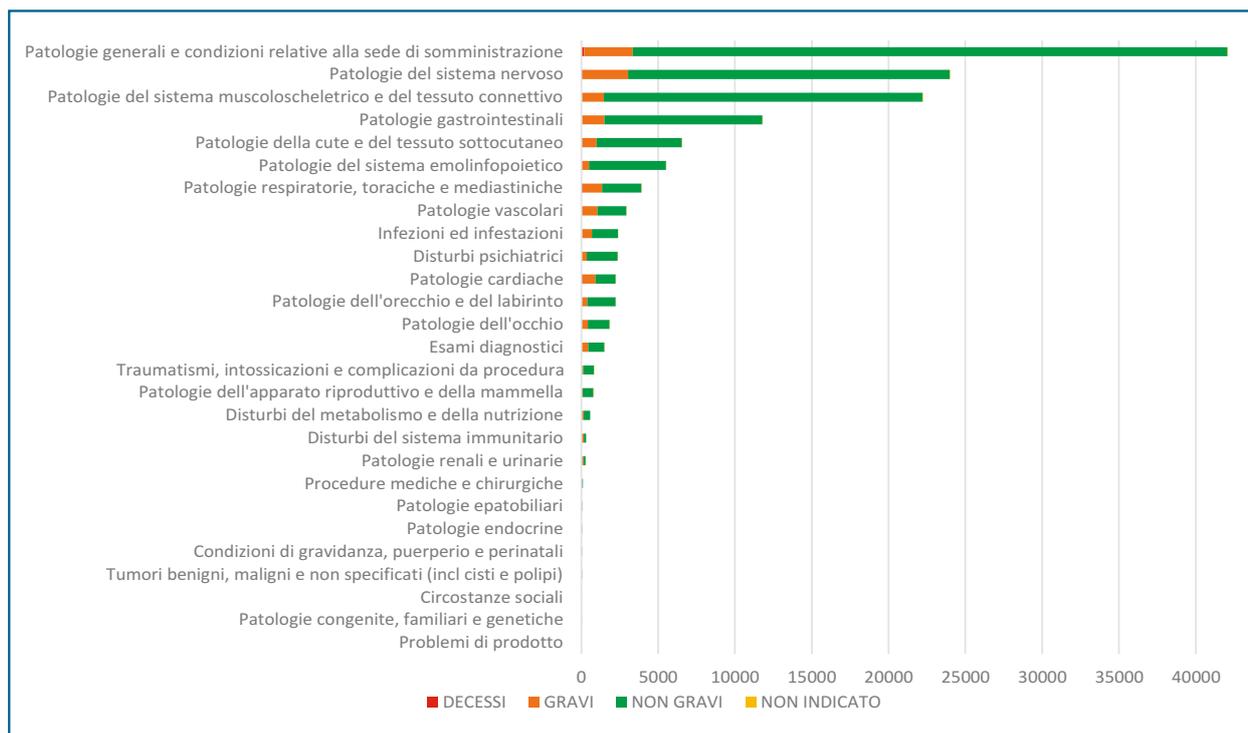


Figura 8. Distribuzione degli eventi avversi dopo vaccino Comirnaty in base alla classe sistemico-organica (SOC)

Resta invariata la proporzione fra segnalazioni gravi (10% circa) e non gravi (89% circa). Nell'1% dei casi la gravità non è definita. La distribuzione per tipologia degli eventi avversi gravi non si discosta significativamente da quella di tutti gli eventi.

### Eventi avversi gravi correlabili a Comirnaty

Circa 4 segnalazioni ogni 100.000 dosi somministrate di Comirnaty sono gravi correlabili alla vaccinazione (4 ogni 100.000 prime dosi e 3 ogni 100.000 seconde dosi). In base al criterio di gravità, il 74% sono state inserite come "gravi - altra condizione clinicamente rilevante", il 20% come ospedalizzazione e il 3% come pericolo di vita. La risoluzione completa della reazione avversa è riportata come esito nel 54% di queste segna-

lazioni e il miglioramento nel 26%. L'iperpiressia si conferma l'evento avverso grave correlabile più comunemente segnalato (circa 1,5 casi ogni 100.000 dosi somministrate), seguito da dolori articolari e muscolari, cefalea e astenia, tutte con un tasso di circa 1 caso ogni 100.000 dosi somministrate. Questi sintomi sono molto spesso associati fra loro in un quadro di sindrome simil-influenzale, senza sostanziali differenze fra prima e seconda dose. Meno frequenti sono le reazioni ansiose alla vaccinazione (più spesso reazioni lipotimiche), le parestesie diffuse e le linfadenopatie, ciascuna con una frequenza di circa 0,5 casi ogni 100.000 dosi somministrate. Molto rare sono le reazioni anafilattiche (3 casi ogni milione di dosi somministrate), la miocardite/pericardite (2 casi ogni milione di dosi

somministrate) e le paralisi del facciale (1 caso ogni milione di dosi somministrate).

### Spikevax (ex-COVID19 Vaccino Moderna)

La distribuzione per tipologia degli eventi avversi a seguito di vaccinazione con Spikevax è sovrapponibile a quella osservata nei precedenti Rapporti.

La maggior parte dei sospetti eventi avversi segnalati sono relativi alle **patologie generali e condizioni relative alla sede di somministrazione**, soprattutto febbre, dolore in sede di iniezione, stanchezza/astenia, seguiti dalle **patologie del sistema nervoso**, per la maggior parte cefalea, dalle **patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto**

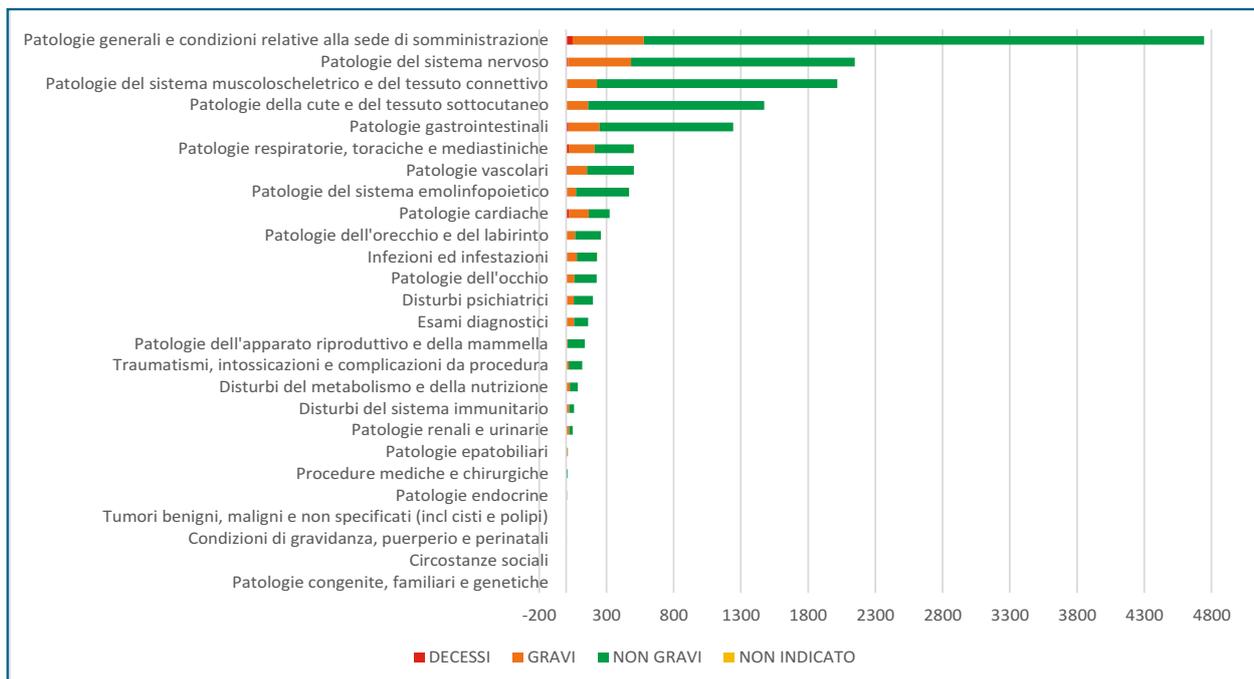


Figura 9. Distribuzione degli eventi avversi dopo vaccino Spikevax in base alla classe sistemico-organica (SOC)

connettivo, come mialgie, artralgie e dolore muscoloscheletrico, e dalle **patologie della cute e del tessuto sottocutaneo**, prevalentemente eritema, rossore e reazioni orticarioidi. Le reazioni non gravi rappresentano circa l'83% del totale delle segnalazioni e quelle gravi il 16% (nell'1% dei casi la gravità non è definita), in linea con quanto osservato nel precedente Rapporto. La distribuzione per tipologia degli eventi avversi gravi non si discosta significativamente da quella di tutti gli eventi.

**Eventi avversi gravi correlabili a Spikevax**

Circa 3 segnalazioni ogni 100.000 dosi somministrate di Spikevax sono gravi correlabili alla vaccinazione, senza differenze fra prima e seconda dose. In base al criterio di gravità, il 68% di queste segnalazioni sono state inserite come "gravi – altra condizione clinicamente rilevante", il 23% come ospedalizzazione e il 5% come pericolo di vita. La risoluzione completa della reazione avversa è riportata come esito nel 44% di queste segnalazioni e il miglioramento nel 30%. L'evento avverso grave correlabile più comunemente segnalato è l'iperpiressia, con un tasso di segna-

lazione di circa 1,5 casi ogni 100.000 dosi somministrate, seguito da cefalea, dai dolori articolari e muscolari e dalle reazioni ansiose alla vaccinazione (soprattutto a tipo lipotimia o reazione vegetativa), tutte con un tasso di segnalazione di circa 1 caso ogni 100.000 dosi somministrate. Anche per il vaccino Spikevax, iperpiressia, dolori articolari e muscolari e cefalea si associano spesso fra loro in un quadro di sindrome simil-influenzale, senza sostanziali differenze fra prima e seconda dose. Più rare sono l'astenia e le linfadenopatie con un tasso di circa 0,5 casi ogni 100.000 dosi somministrate. Molto rare sono le reazioni anafilattiche, con un tasso di segnalazione di circa 2 casi per milione di dosi somministrate e le miocarditi/pericarditi con un tasso di circa 1 caso ogni milione di dosi somministrate.

**Vaccino Vaxzevria (AstraZeneca)**

Anche per il vaccino Vaxzevria, la distribuzione dei **sospetti eventi avversi successivi a vaccinazione** è in linea con quella riportata nei precedenti Rapporti. Le sospette reazioni avverse più segnalate rientrano nella classe organo-sistemica delle **patologie generali e condizioni re-**

**lative alla sede di somministrazione** (soprattutto febbre, reazioni locali nel sito di inoculazione e stanchezza/astenia), seguite dalle **patologie del sistema nervoso**, (prevalentemente cefalea) e dalle patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo (per la maggior parte dolori muscoloscheletrici), spesso in associazione fra loro e con l'aumento della temperatura. Circa l'81% delle segnalazioni al vaccino Vaxzevria è stato inserito come non grave e il 18% come grave (nell'1% dei casi la gravità non è definita), con una distribuzione per tipologia di evento che non si discosta significativamente da quella riportata in figura 10.

**Eventi avversi gravi correlabili a Vaxzevria**

Sono state osservate circa 11 segnalazioni gravi correlabili ogni 100.000 dosi somministrate di Vaxzevria (11 ogni 100.000 prime dosi somministrate e 1 ogni 100.000 seconde dosi somministrate). Il 72% di queste segnalazioni sono gravi – altra condizione clinicamente rilevante, il 19% come ospedalizzazione e il 5,4% come pericolo di vita. La risoluzione completa della reazione avversa è riportata nel 44% di queste segnalazioni e il miglio-

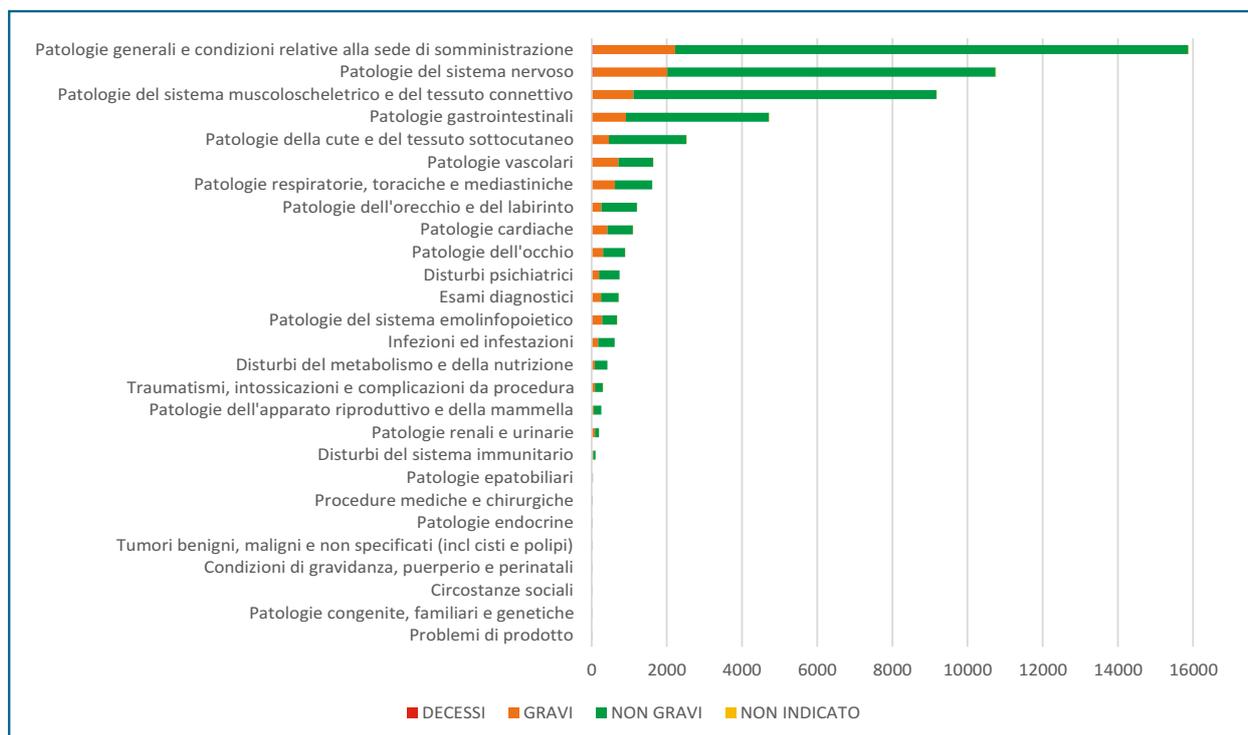


Figura 10. Distribuzione degli eventi avversi dopo vaccino Vaxzevria in base alla classe sistemico-organica (SOC).

ramento nel 30%. Gli eventi avversi gravi correlabili più comunemente segnalati sono l'iperpiressia (7 casi ogni 100.000 dosi somministrate), seguita da cefalea e dolori articolari e muscolari, entrambi con un tasso di segnalazione di circa 4 casi ogni 100.000 dosi somministrate.

Relativamente frequente è anche l'astenia, con un tasso di circa 2 casi ogni 100.000 dosi somministrate. Come per gli altri vaccini, questi sintomi sono spesso associati fra loro in un quadro di sindrome simil-influenzale che compare più frequentemente dopo la prima dose. Più raramente sono state segnalate lipotimie e reazioni vagali (1 caso ogni 100.000 dosi somministrate). Fra gli eventi avversi molto rari rientrano le neuropatie acute e subacute (fra cui la Sindrome di Guillain-Barré), le trombosi venose intracraniche o in sede atipica con piastrinopenia (VITT) e la trombocitopenia idiopatica, già oggetto di approfondimenti più ampi a livello europeo. Per tutte e tre queste reazioni avverse, si stima un tasso di segnalazione a livello nazionale di circa 1 caso ogni 1.000.000 di dosi sommi-

nistrate. Il tasso di segnalazione per le reazioni anafilattiche è sovrapponibile a quello riportato nei precedenti Rapporti (2 casi ogni milione di dosi somministrate).

### COVID-19 Vaccino Janssen

Rimane sovrapponibile ai precedenti Rapporti anche la distribuzione per tipologia dei **sospetti eventi avversi successivi a vaccinazione con COVID-19 Vaccino Janssen**, con la maggior parte delle segnalazioni che rientrano nelle patologie generali e condizioni relative alla sede di somministrazione, come febbre, reazioni locali in sede di iniezione e stanchezza/astenia, seguiti dalle **patologie del sistema nervoso** (prevalentemente cefalea) e dalle **patologie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo** (per la maggior parte mialgie e artralgie).

Il 78% delle segnalazioni al vaccino COVID-19 Vaccino Janssen è stato inserito come non grave e il 19% come grave (nell'1% dei casi la gravità non è stata definita), senza sostanziali differenze relative alla distribuzione per tipologia di reazione.

### Eventi avversi gravi correlabili a COVID-19 Vaccino Janssen

Circa 4 segnalazioni ogni 100.000 dosi sono risultate gravi correlabili alla vaccinazione, il 48% delle quali inserite come gravi – altra condizione clinicamente rilevante, il 40% come ospedalizzazione e l'8% come pericolo di vita. La risoluzione completa della reazione avversa è riportata come esito nel 25% di queste segnalazioni e il miglioramento nel 42%. La numerosità delle segnalazioni gravi correlabili è tuttora molto bassa (27 segnalazioni), per il numero limitato di dosi attualmente somministrate. Pertanto, i tassi di segnalazione continuano a risentire della bassa esposizione, non si sono modificati rispetto al precedente Rapporto e non sono al momento consolidati. Nonostante ciò, la reazione avversa grave correlabile più frequentemente osservata è l'iperpiressia (circa 3 casi ogni 100.000 dosi somministrate), seguita dalle artromialgie diffuse (circa 2 casi ogni 100.000 dosi somministrate), frequentemente associate fra loro. Il numero di casi di trombosi venosa cerebrale o in sede atipica con piastrinopenia, di polineuropatie acute o subacute o di reazioni

di tipo allergico grave è molto esiguo e comporta un tasso di segnalazione a livello nazionale inferiore a 1 caso ogni 1.000.000 di dosi somministrate.

### Vaccinazione eterologa

Complessivamente, al 26/08/2021, sono state effettuate 604.865 vaccinazioni cosiddette eterologhe a persone al di sotto di 60 anni che avevano ricevuto il vaccino Vaxzevria come prima dose. Per completare il ciclo vaccinale è stato utilizzato il vaccino Comirnaty nel 76% dei casi e il vaccino Spikevax nel 24%. Rispetto a tale modalità di vaccinazione con scheda mista, sono state inserite 248 segnalazioni con un tasso di segnalazione di 41 ogni 100.000 dosi somministrate. L'80% delle reazioni si è verificato con Comirnaty (43 segnalazioni ogni 100.000 dosi somministrate) e il 20% con Spikevax (33 segnalazioni ogni 100.000 dosi somministrate). Diversamente dalla distribuzione generale degli eventi avversi, il 51% circa delle segnalazioni proviene da cittadi-

ni e il 49% da operatori sanitari. L'83% delle segnalazioni è riportato come non grave e il 17% come grave.

L'esito risoluzione completa al momento della segnalazione è stato riportato nel 48% dei casi e il miglioramento nel 22% dei casi. La distribuzione per tipologia degli eventi avversi non è sostanzialmente diversa fra i due vaccini utilizzati. In linea con le segnalazioni relative ai vaccini a mRNA, gli eventi avversi più frequentemente segnalati sono la febbre, le reazioni nel sito di inoculazione e i dolori articolari e muscolari diffusi. Più raramente sono state segnalate linfoadenopatia diffusa ed eruzioni cutanee generalizzate.

### Vaccinazione nella fascia di età 12-19 anni

Alla data del 26/08/2021, sono stati utilizzati per la vaccinazione negli adolescenti i vaccini Comirnaty (la cui indicazione è stata estesa a partire dai 12 anni dal 31/05/2021) e Spikevax (approvato a partire dai 12

anni di età dal 28/07/2021), mentre i vaccini Vaxzevria e COVID-19 Vaccine Janssen sono autorizzati a partire dai 18 anni. Alla stessa data, sono state somministrate 3.798.938 dosi di vaccino in adolescenti di età compresa fra 12 e 19 anni, di cui il 77% di prime dosi e il 23% di seconde dosi. L'89,6% circa delle dosi utilizzate in questa fascia di età sono relative al vaccino Comirnaty, il 9% al vaccino Spikevax, lo 0,4% al vaccino Vaxzevria e l'1% al vaccino Janssen. Complessivamente, per la fascia di età 12-19 anni sono state inserite 838 segnalazioni di sospetto evento avverso con un tasso di segnalazione di 22 eventi avversi ogni 100.000 dosi somministrate (645 segnalazioni dopo la 1ª dose, con un tasso di segnalazione di 26 eventi avversi ogni 100.000 dosi somministrate, e 193 segnalazioni dopo la 2ª dose, con un tasso di segnalazione di 15 eventi avversi ogni 100.000 dosi somministrate). Il 76,5% circa delle segnalazioni è stato inserito come non grave e il 23,4% come

### Considerazioni generali sui dati

L'andamento nel tempo dei principali parametri analizzati nei vari Rapporti finora pubblicati è sintetizzato nella tabella 5.

	Rapporto #1	Rapporto #2	Rapporto #3	Rapporto #4	Rapporto #5	Rapporto #6	Rapporto #7	Rapporto #8
	al 26/01/2021	al 26/02/2021	al 26/03/2021	al 26/04/2021	al 26/05/2021	al 26/06/2021	al 26/07/2021	al 26/08/2021
dosi somministrate	1.564.090	4.118.277	9.068.349	18.148.394	32.429.611	49.512.799	65.926.591	76.509.846
segnalazioni eventi avversi	7.337	30.015	46.237	56.110	66.258	76.208	84.322	91.360
tasso di segnalazione	469	729	510	309	204	154	128	119
tasso di segnalazione per sesso maschile	293	424	299	176	116	88	73	69
tasso di segnalazione per sesso femminile	561	907	645	404	272	209	175	165
tasso di segnalazione 1ª dose	515	773	496	299	211	164	160*	153
tasso di segnalazione 2ª dose	225	785	540	333	190	134	86*	78
tasso di segnalazione reazioni gravi	34	44	36	27	21	18	16	16
tasso di segnalazione gravi per sesso maschile	22	28	23	18	15	13	12	12
tasso di segnalazione gravi per sesso femminile	42	54	44	33	26	23	20	20
tasso di segnalazione reazioni gravi senza casi con criterio " clinicamente rilevante "	8,9	8,1	8,5	8,8	7,9	7,5	7,0	7,0

Tabella 5. Dati riassuntivi Rapporto#1-Rapporto#8

# AGGIORNAMENTO

	Rapporto #1 al 26/01/2021	Rapporto #2 al 26/02/2021	Rapporto #3 al 26/03/2021	Rapporto #4 al 26/04/2021	Rapporto #5 al 26/05/2021	Rapporto #6 al 26/06/2021	Rapporto #7 al 26/07/2021	Rapporto #8 al 26/08/2021
tasso di segnalazioni decessi	0,8	0,97	1,1	1,23	1,0	0,8	0,75	0,73
<i>Fonte della segnalazione</i>								
Medico	47%	46%	44%	42%	42%	40,5%	39,5%	39%
Farmacista	22%	19%	20%	20%	20,5%	20%	20%	19%
Altro operatore sanitario	25%	26%	21%	19%	17%	16%	15%	14,2%
Paziente/cittadino	6%	9%	15%	18%	20%	23%	25%	27,3%
Avvocato	0%	0%	0,12%	0,20%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Forze Armate	0%	0%	0,07%	0,30%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
<b>Comirnaty</b>								
tasso di segnalazione	471	769	535	328	214	150	122	113
tasso di segnalazione 1ª dose	517	756	525	315	212	144	137	131
tasso di segnalazione 2ª dose	278	790	549	348	216	161	104	93
tasso di segnalazione reazioni gravi	na	45	33	24	18	15	13	13
<b>Spikevax</b>								
tasso di segnalazione	277	333	227	129	88	83	82	80
tasso di segnalazione 1ª dose	277	335	216	132	95	94	98	94
tasso di segnalazione 2ª dose	-	322	264	121	73	65	60	61
tasso di segnalazione reazioni gravi	na	26	22	18	13	14	13	14
<b>Vaxzevria</b>								
tasso di segnalazione	-	326	477	309	236	219	184	180
tasso di segnalazione 1ª dose	-	326	477	307	261	281	304	314

	Rapporto #1 al 26/01/2021	Rapporto #2 al 26/02/2021	Rapporto #3 al 26/03/2021	Rapporto #4 al 26/04/2021	Rapporto #5 al 26/05/2021	Rapporto #6 al 26/06/2021	Rapporto #7 al 26/07/2021	Rapporto #8 al 26/08/2021
tasso di segnalazione 2ª dose	-	-	-	-	24	31	21	23
tasso di segnalazione reazioni gravi	-	31	50	39	36	37	32	33
<b>Vaccino Janssen</b>								
tasso di segnalazione	-	-	-	-	34	67	79	86
tasso di segnalazione reazioni gravi	-	-	-	-	5	12	15	19

\*corretto refuso presente nel Rapporto #7

grave (lo 0,1% delle segnalazioni non riporta questa informazione). Il 62% circa delle segnalazioni gravi riporta come esito al momento della segnalazione una risoluzione completa dell'evento o un miglioramento.

La distribuzione per tipologia degli eventi avversi non è sostanzialmente diversa da quella osservata per tutte le altre classi di età. In particolare, gli eventi avversi più frequentemente segnalati sono la

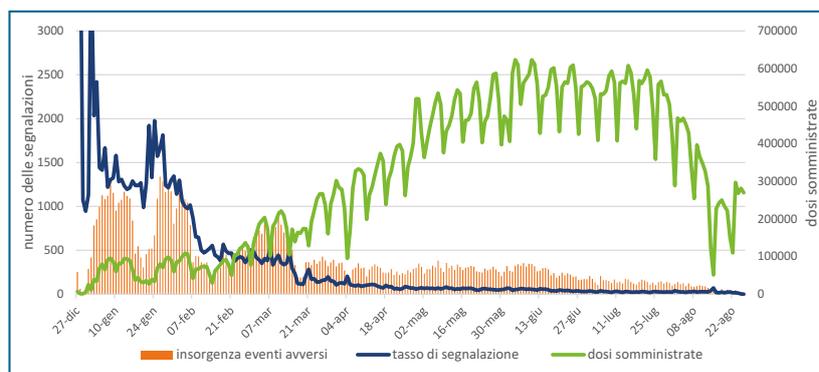


Figura 12. Andamento delle segnalazioni, tassi e dosi nel tempo.

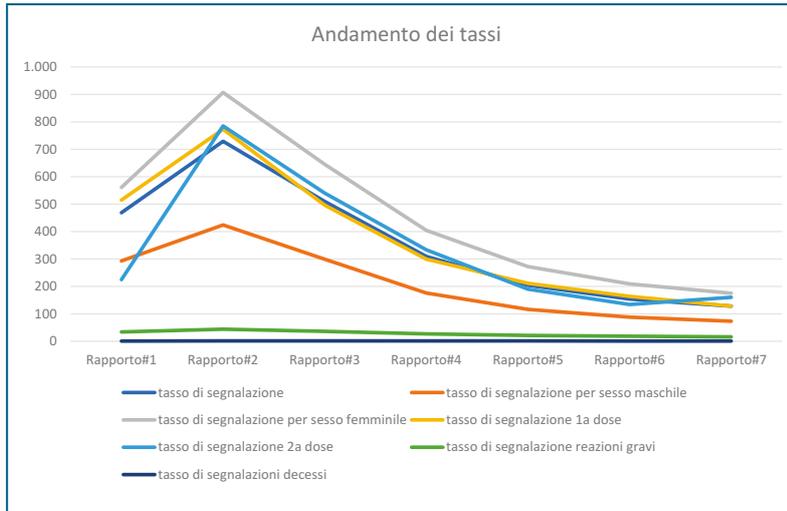


Figura 13. Andamento nel tempo dei tassi di segnalazione per sesso, numero di dose, gravità ed eventi fatali.

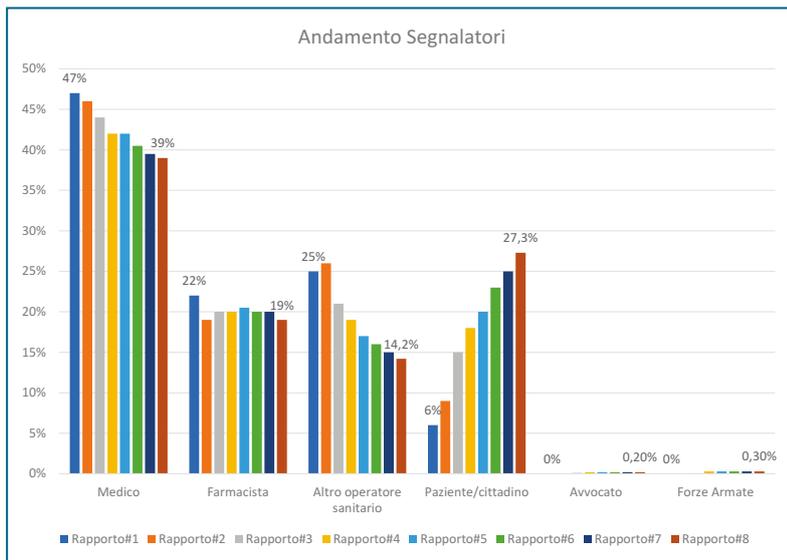


Figura 14. Andamento tipologia di segnalatori nel tempo.

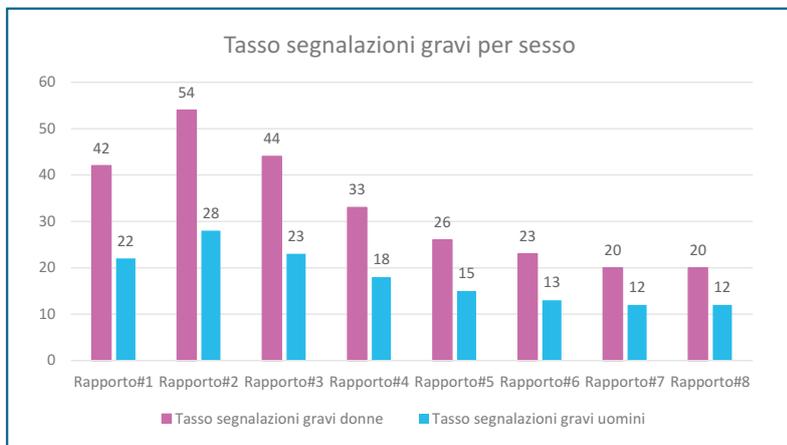


Figura 15. Andamento dei tassi di segnalazioni delle reazioni gravi per sesso.

cefalea, l'astenia, la febbre e le reazioni locali nel sito di inoculazione, indipendentemente dalla tipologia di vaccino, dal numero di dose e dalla gravità. Considerato il limitato numero di segnalazioni gravi ricevute (5 casi ogni 100.000 dosi somministrate), la valutazione della distribuzione per tipologia di evento e relativa valutazione del nesso causale risulta al momento ancora poco rappresentativa. Circa 1 segnalazione ogni 100.000 dosi somministrate è risultata grave correlabile alla vaccinazione, senza sostanziali differenze al momento rispetto al Rapporto precedente (frequentemente sindrome simil-influenzale, più raramente reazioni vaso-vagali e miocardite o pericardite). I tassi di segnalazione continuano a diminuire, così come in generale i tassi per i singoli vaccini, mentre continuano a mantenersi costanti i tassi delle reazioni gravi, in particolare escludendo la categoria delle " clinicamente rilevanti". Il tasso di segnalazione riferito alle prime dosi si mantiene pressoché stabile a partire dal Rapporto #6, così come i tassi relativi a casi fatali (0.7 su 100.000 dosi a luglio e agosto). (fig. 13).

Nella figura 14 è riportato l'andamento per tipologia di segnalatore; il maggior numero di segnalazioni proviene dai medici, mentre si mantengono stabili quelle dai farmacisti. Le segnalazioni da medico e altro operatore sanitario continuano lentamente a diminuire (dal 47% al 39% per medico e dal 25% al 14% per altro operatore sanitario) e le uniche segnalazioni in crescita sono le segnalazioni da paziente (dal 6% al 27%). L'andamento dei tassi di segnalazione per sesso è pressoché stabile dal Rapporto #5, dopo aver raggiunto un picco soprattutto per le segnalazioni relative al sesso femminile nel Rapporto #2 (fig. 15).

**Come segnalare una sospetta reazione avversa?**

Tutte le informazioni per effettuare una segnalazione di sospetta reazione avversa a seguito di vaccinazione sono disponibili al seguente link: <https://www.aifa.gov.it/content/segnalazioni-reazioni-avverse>

# Certificazione verde COVID-19

## FAQ TRATTE DAL SITO DEL MINISTERO DELLA SALUTE

### 1. Ho avuto il COVID e fatto una dose di vaccino, mi è arrivata una Certificazione di prima dose valida fino alla seconda, che non devo fare. Quando potrò avere la Certificazione verde COVID-19 valida per 9 mesi?

Tutti coloro che dopo l'infezione COVID-19 hanno fatto una dose di vaccino entro l'anno dall'esordio della malattia (cioè dalla data del tampone molecolare positivo) riceveranno una nuova Certificazione **valida per nove mesi dalla data di somministrazione della prima dose di vaccino**. La nuova Certificazione è in sostituzione di quella eventualmente già ricevuta con indicazione a completare il ciclo vaccinale con una seconda dose.

Ciò grazie alla presa d'atto del 24 giugno da parte del Garante della privacy delle misure adottate dal Ministero della Salute per assicurare integrità e riservatezza dei dati sulle infezioni pregresse delle persone vaccinate. In accordo, inoltre, con il parere del CTS del 16 luglio 2021, l'intervallo di validità della vaccinazione nei guariti è stato esteso fino a un anno (non più tra i 90 e i 180 giorni dall'esordio).

### 2. Sono guarito dal Covid-19 da meno di 6 mesi, ma non ho ricevuto la Certificazione COVID-19. Che cosa posso fare?

Solo alcune Regioni hanno trasmesso alla Piattaforma nazionale-DGC i dati delle guarigioni per l'emissione automatica delle Certificazioni verdi per guarigione. Se non hai ricevuto un SMS o email con l'AUTHCODE e non la trovi in APP IO o accedendo con SPID dal sito [www.dgc.gov.it](http://www.dgc.gov.it) è probabile che il medico o la Asl non abbiano inserito nel sistema Tessera sanitaria i dati relativi al tuo certifica-

to di guarigione. In questo caso devi rivolgerti al tuo medico di famiglia o alla Asl perché inseriscano i dati nel sistema. La Certificazione verde COVID-19 per guarigione verrà rilasciata dopo qualche minuto.

### 3. Sono un cittadino italiano vaccinato all'estero, come faccio a ottenere la Certificazione verde Covid-19?

Per i cittadini italiani vaccinati all'estero che intendono rientrare in Italia e ottenere la Certificazione verde Covid-19, il Ministero della Salute sta individuando la procedura, anche in accordo con il Ministero degli Affari Esteri.

Il Regolamento europeo: apre una nuova finestra prevede comunque un'introduzione graduale dell'EU Digitale Covid Certificate e quindi "I certificati COVID-19 rilasciati da uno Stato membro prima del 1 luglio 2021 sono accettati dagli altri Stati membri fino al 12 agosto 2021". Tuttavia si ipotizza che la soluzione tecnica e organizzativa per il rilascio della Certificazione ai cittadini italiani vaccinati all'estero possa essere operativa entro la fine di luglio.

### 4. Posso acquisire la Certificazione senza identità digitale (SPID/CIE)?

Sì, all'indirizzo email o numero di telefono fornito quando hai fatto la vaccinazione o il test antigenico/molecolare o è stato emesso il certificato di guarigione viene inviato un codice (AUTHCODE). Andando sul sito [www.dgc.gov.it](http://www.dgc.gov.it) o su App Immuni è sufficiente inserire il codice assieme al numero e data di scadenza della propria **Tessera Sanitaria** per

ottenere la Certificazione. Se non sei iscritto al SSN e non hai la Tessera Sanitaria puoi inserire insieme all'AUTHCODE il numero del documento di identità registrato per il test o il certificato di guarigione.

In alternativa, in assenza di computer o cellulare, è possibile recarsi dal proprio **medico di base** o andare in **farmacia** fornendo il proprio **Codice Fiscale e Tessera Sanitaria**.

### 5. Per quanto tempo è valida la Certificazione?

La durata della Certificazione varia a seconda della prestazione sanitaria a cui è collegata.

In caso di **vaccinazione**:

- per la **prima dose** dei vaccini che ne richiedono due, la Certificazione sarà generata **dal 12° giorno dopo la somministrazione** e avrà **validità a partire dal 15° giorno fino alla dose successiva**;
- nei casi di **seconda dose o dose unica per pregressa infezione**: la Certificazione sarà generata **entro un paio di giorni** e avrà validità per **270 giorni** (circa nove mesi) dalla data di somministrazione;
- nei casi di vaccino monodose, la Certificazione sarà generata **dal 15° giorno dopo la somministrazione** e avrà validità per **270 giorni** (circa nove mesi).

Nei casi di **tampone negativo** la Certificazione sarà generata in poche ore e avrà validità per **48 ore dall'ora del prelievo**.

Nei casi di **guarigione da COVID-19** la Certificazione sarà generata entro il giorno seguente e avrà validità per **180 giorni (6 mesi)**.

# L'impatto psicologico della pandemia COVID-19 sulla medicina di base

## INDAGINE SUI MEDICI DI MEDICINA GENERALE DELLA PROVINCIA DI VERONA DURANTE LA PRIMA ONDATA PANDEMICA

ANTONIO LASALVIA  
SEZIONE DI PSICHIATRIA, DIPARTIMENTO  
DI NEUROSCIENZE, BIOMEDICINA E  
MOVIMENTO, UNIVERSITÀ DI VERONA.

La pandemia COVID-19 ha sottoposto ad un enorme sforzo organizzativo e assistenziale il sistema sanitario del nostro Paese, facendo pagare un prezzo assai rilevante al personale sanitario in termini di stress lavoro correlato, disagio psicologico e burnout. In questo contesto, i medici di medicina generale hanno costituito la prima linea di contrasto alla diffusione della pandemia sul territorio, avendo dovuto affrontare la gestione ambulatoriale e domiciliare dei casi che non necessitavano il ricovero, l'identificazione tempestiva di coloro che necessitavano di un intervento intensivo o sub-intensivo da effettuare in ospedale e l'assistenza post-acuzie dei pazienti guariti e dimessi dall'ospedale. Purtroppo però i medici di medicina generale, soprattutto nel problematico iniziale periodo del lockdown, hanno rappresentato una popolazione particolarmente fragile, in quanto più esposta al contagio, all'inadeguata e spesso insufficiente (almeno all'inizio) dotazione di dispositivi di protezione individuale, allo scarso addestramento sulle procedure di contenimento/gestione dell'infezione e all'isolamento emotivo nel quale si sono trovati ad operare, mancando attorno a loro una struttura organizzativa e di supporto socio-lavorativo come può essere quella ospedaliera. Ciononostante, la letteratura scientifica ha prestato scarsa attenzione ai bisogni emotivi dei medici di medicina generale, fornendo poche informazioni sull'im-

patto che la pandemia COVID-19 ha avuto su questa categoria di professionisti. Al contrario di quanto è invece avvenuto per il personale ospedaliero, oggetto nel corso dell'ultimo anno di numerosi studi, ricerche e pubblicazioni scientifiche.

Al fine di colmare questa lacuna, la Sezione di Psichiatria dell'Università di Verona, unitamente all'Ufficio Studi FIMMG di Verona e con il patrocinio dall'Ordine dei Medici, Chirurghi e Odontoiatri (OMCeO) di Verona, ha promosso una ricerca volta a studiare l'impatto psicologico della pandemia sui medici di medicina generale della provincia di Verona. Lo studio, realizzato nel corso della prima ondata pandemica (maggio 2020), è stato appena pubblicato dalla prestigiosa rivista internazionale "Family Practice" (Lasalvia A, Rigon G, Rugiu C, Negri C, Del Zotti F, Amaddeo F, Bonetto C. *The psychological impact of COVID-19 among primary care physicians in the province of Verona, Italy: a cross-sectional study during the first pandemic wave. Fam Pract. 2021 Sep 5;cmab106*). Si rimanda coloro che fossero interessati a leggere l'articolo per esteso al sito web della rivista, da cui il lavoro può essere scaricato gratuitamente (<https://academic.oup.com/fampra/advance-article/doi/10.1093/fampra/cmab106/6364406?login=true>).

Ne riassumiamo di seguito i risultati principali. Prima di tutto qualche breve cenno metodologico. Hanno accettato di partecipare allo studio complessivamente 215 medici, operanti sia in città che in provincia. I partecipanti hanno dovuto compilare tramite pc, smartphone o tablet - in

forma del tutto anonima - una serie di questionari standardizzati ed alcune schede sviluppate ad hoc caricate su una piattaforma online. I questionari esploravano i sintomi di stress post-traumatico, i sintomi d'ansia generalizzata, i sintomi depressivi e la sintomatologia da burnout.

Tra le schede messe a punto appositamente per lo studio, in una venivano richieste informazioni sull'organizzazione dell'attività ambulatoriale pre-COVID, con specifico riferimento al volume di attività e alla logistica dell'ambulatorio e in un'altra venivano raccolte informazioni sulla percezione dell'impatto che la pandemia COVID-19 aveva avuto sulla quotidianità lavorativa, sulla riorganizzazione del lavoro (con particolare attenzione all'utilizzo e all'impatto delle nuove tecnologie e all'introduzione della "telemedicina") e su eventuali cambiamenti avvenuti nella vita personale.

Lo studio ha messo in luce che il 45% dei medici di medicina generale in servizio nella provincia di Verona durante la prima ondata pandemica aveva sviluppato, a seguito di esperienze lavorative fortemente stressanti o francamente traumatiche COVID-correlate, sintomi da stress post-traumatico; il 36% aveva riportato sintomi clinicamente significativi di ansia generalizzata e il 18% sintomi depressivi di almeno moderata entità. Infine, il 25% aveva manifestato sintomatologia da burnout.

Interessanti anche i dati relativi alle tre dimensioni in cui si articola il costrutto del burnout, vale a dire l'esaurimento emotivo (la percezio-

ne di fatica fisica e emotiva dovuta all'attività lavorativa), l'atteggiamento cinico (la reazione verso gli altri – i pazienti soprattutto- e il proprio lavoro, in termini di disaffezione negativa e ostile) e l'efficacia professionale (la reazione del professionista nei confronti del proprio lavoro): ebbene, il 32% del campione aveva sperimentato sintomi da esaurimento emotivo, il 26% aveva messo in atto atteggiamenti improntati a cinismo e disaffezione nei confronti del proprio lavoro e il 37% aveva espresso uno stato di sfiducia rispetto alla propria capacità professionale.

Si tratta di percentuali estremamente rilevanti e significativamente più elevate di quelle riportate in precedenti studi condotti in Italia sui medici di medicina generale in epoca pre-COVID. Vale la pena far notare che la percentuale di medici di medicina generale che aveva manifestato sintomi di psicopatologia è sovrapponibile a quella dei medici ospedalieri dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona valutati dal nostro gruppo di ricerca nello stesso periodo e con analoghi strumenti di misurazione (Lasalvia A, Bonetto C, Porru S, et al. *Psychological impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers in a highly burdened area of north-east Italy. Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020 Dec 17;30:e1).

I medici che erano stati ricoverati per COVID-19 o che avevano osservato un periodo di isolamento/quarantena sono risultati i più esposti allo sviluppo di psicopatologia in generale. Le donne, coloro che non avevano il proprio ambulatorio in città e i professionisti con minore anzianità di servizio erano risultati a maggiore rischio di sviluppare sintomatologia ansiosa e depressiva. D'altro canto, la capacità di saper individuare e gestire i pazienti COVID-19 (indicatore di un pregresso percorso formativo sulle procedure diagnostiche e sui protocolli gestionali) è risultato essere un fattore protettivo rispetto allo sviluppo del burnout, soprattutto sul senso di efficacia professionale. Questo ultimo risultato rappresenta la conferma empirica – qualora ce ne fosse ancora bisogno – del fatto che una tempestiva ed adeguata formazione su procedure, protocolli, modalità di gestione dei pazienti COVID (per quello che poteva allora essere materialmente disponibile alla luce della conoscenza di allora) avrebbe potuto proteggere molti colleghi dal senso di spaesamento e difficoltà emotiva che aveva colto molti colleghi soprattutto nelle fasi iniziali della emergenza pandemica.

Un'ultima notazione sull'adozione delle nuove tecnologie imposta dalla pandemia.

Lo studio ha evidenziato che numerosi medici di medicina generale si sono dichiarati preoccupati dalla diffusione e pervasività con cui si è fatto ricorso durante il lockdown alla telemedicina. Il massiccio uso della messaggeria telefonica (sms, whatsapp, messenger, ecc.) e/o delle consultazioni telefoniche (anche su cellulare personale) da parte di un'utenza comprensibilmente spaventata e in cerca di rassicurazioni ha avuto un impatto particolarmente negativo sulla vita personale di molti colleghi, che sono di fatto rimasti reperibili ben oltre il consueto orario di lavoro e talvolta anche per tutte le 24 ore. E questo ha sicuramente alimentato ansia e stress.

In definitiva, lo studio sottolinea come i medici di medicina generale - professionisti "in prima linea" sul territorio - siano altamente esposti agli insulti psicologici di una condizione lavorativa altamente sollecitante, complessa ed incerta come quella pandemica. D'altro canto, è assolutamente importante preservare e curarsi del benessere emotivo di questa categoria di professionisti. Trascurare il benessere psicologico dei medici delle cure primarie rischia infatti (come purtroppo insegna la terribile storia della pandemia COVID-19) di mettere a repentaglio a valle la capacità di tenuta dell'intero sistema.



ca href="https://i.freepik.com/foto/ambiano">ca href="https://i.freepik.com/foto/ambiano">Santoro foto creato da CCStudio - it.freepik.com/fo-

# Vaccinazione per covid 19: aspetti etici, obblighi deontologici e giuridici dei professionisti sanitari, strategie per la comunicazione

GIOVANNI BONADONNA  
MEDICO E BIOETICISTA

## VACCINAZIONE COVID 19 COME OBBLIGO MORALE

**Vaccinazione covid 19 e principi bioetici** una valutazione dell'eticità di una vaccinazione può essere fatta alla luce dei classici principi della bioetica: autonomia, non maleficenza, beneficenza, giustizia.

I suddetti principi non debbono essere considerati principi assoluti, ma principi di prima facie, questo significa che nessun principio è prevalente in assoluto sugli altri, ma che in ogni specifica situazione è necessario fare un bilanciamento dei diversi principi, cioè valutare il giusto equilibrio tra essi.

Di seguito esaminiamo il significato dei diversi principi etici in riferimento alla vaccinazione per covid 19:

- **principio di autonomia:** prevede la libertà della persona di accettare o rifiutare le cure, nel caso specifico della vaccinazione per covid 19 la libertà di vaccinarsi o di rifiutare la vaccinazione. Tale libertà, pur diritto fondamentale costituzionalmente garantito della persona, **trova però il suo limite quando provoca danno agli altri.** Anche nel caso della vaccinazione per covid 19, **l'autonomia non può essere considerata un principio assoluto**, ma un principio che deve essere bilanciato con gli altri principi etici.
- **principio di non maleficenza e di beneficenza:** impongono di non fare danno e di fare il bene della persona, riferiti alla infezione da

covid 19 essi impongono il dovere della vaccinazione per **evitare di diffondere l'infezione e per proteggere le altre persone.**

- **principio di giustizia:** il principio di giustizia prevede una equa distribuzione dei rischi e/o dei benefici tra le persone coinvolte da una determinata decisione, questo tipo di giustizia viene definita **giustizia distributiva.** La vaccinazione per covid 19 risponde al principio di giustizia distributiva in quanto il rapporto dei rischi e dei benefici tra la persona interessata alla vaccinazione e la collettività risulta molto favorevole alla collettività, in quanto a fronte di un **rischio minimo per la singola persona garantisce la salute di un grande numero di persone.**

**Vaccinazione covid 19 ed etica della responsabilità:** in ogni decisione si debbono sempre confrontare libertà e responsabilità, la nostra libertà trova il suo limite nella responsabilità, questa ultima intesa sia in una dimensione interpersonale che in una dimensione sociale, cioè responsabilità verso la comunità. Rispetto al tema delle responsabilità di vaccinarsi, così si è espresso il **CNB** nel documento: **"Importanza delle vaccinazioni"**, pubblicato nell'anno **2015**: "...ciascuno dovrebbe contribuire al **bene della comunità** di cui fa parte anche attraverso il ricorso alle vaccinazioni, in modo da favorire anche l'immunizzazione del resto della popolazione... **l'etica della responsabilità** permette di rafforzare, così, le motivazioni alla base dell'adesione ad una proposta vaccinale e dovrebbe fare da supporto al passaggio **dall'istituto dell'ob-**

**bligo vaccinale alla libera scelta...** dato l'elevato valore medico-scientifico e sociale delle vaccinazioni, esse risulterebbero - per così dire - **"moralmente doverose"** nella realizzazione del bene più prezioso per sé e per la collettività, ossia la salute".

**Vaccinazione covid 19 ed etica di salute pubblica** nella valutazione etica di una vaccinazione, occorre considerare al contempo l'etica clinica (il bene della singola persona) e **l'etica di salute pubblica** (il bene della comunità), **bilanciando rischi/benefici diretti e indiretti.**

Per rischio diretto si intende il rischio rispetto alla propria salute individuale (cioè ad esempio rischio di mortalità, gravità della patologia in termini di ospedalizzazione, rischio di ricovero in terapia intensiva, necessità di ventilazione assistita); per rischio indiretto si intende l'indice di trasmissione dell'infezione ad altre persone, con gravi conseguenze per la società.

Il beneficio diretto riguarda l'immunizzazione del soggetto (con riferimento al grado e alla durata dell'immunità) e il beneficio indiretto riguarda l'immunizzazione collettiva.

È del tutto evidente che nel caso della vaccinazione covid 19 **il rapporto rischi/benefici è a favore dei benefici sia per la singola persona** (rischio di ammalarsi/beneficio della efficacia e sicurezza del vaccino), **che per la comunità** (rischio di diffondere la infezione e di sovraccaricare le strutture sanitarie/beneficio di favorire la immunità di gregge).

**Vaccinazione covid 19: obbligo morale ed adesione libera e responsabile** in conclusione alla luce di quanto precedentemente discusso:

- **bilanciamento dei principi bioetici** di autonomia, non maleficenza, beneficenza, giustizia
- valutazione etica che tenga conto del bene comune (**etica della responsabilità**)
- valutazione etica che tenga conto delle esigenze di salute pubblica (**etica di salute pubblica**)

ci sembra che ci siano ragioni sufficienti per sostenere che la vaccinazione per covid 19 debba essere considerata come **obbligo morale** e che la decisione di vaccinarsi debba essere frutto della **adesione libera e responsabile** di ogni persona.

## VACCINO COME BENE COMUNE GLOBALE

La necessità etica della vaccinazione per covid 19 oltre che in una dimensione personale deve essere considerata anche in una dimensione comunitaria e globale. Infatti, la pandemia da covid 19 ha messo in evidenza che la difesa della salute deve essere considerata come un **“bene comune globale”**.

**“Nessuno si salva da solo”** hanno affermato autorità politiche e religiose ed istituzioni che si occupano di salute pubblica, sottolineando la **necessità etica**, oltre che di **pubblica utilità**, di favorire la vaccinazione del maggior numero possibile di persone, anche nei paesi più poveri del mondo.

In merito così si è espresso il **Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB)** nel suo parere **“I vaccini e covid 19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione** del 27 novembre 2020: “...il Comitato, nel raccomandare che il vaccino venga considerato un **‘bene comune’**, attribuisce alle politiche il compito di intervenire e controllare una **produzione e distribuzione che non siano regolate unicamente dalle leggi di mercato**.

Questa raccomandazione non deve rimanere un mero auspicio, ma piuttosto un obbligo a cui deve far fronte la politica internazionale degli Stati”.

## OBBLIGHI DEONTOLOGICI DEI PROFESSIONISTI SANITARI

### Art. 5 - Promozione della salute, ambiente e salute globale (CDM 2014)

Il medico, nel considerare l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva, collabora all'attuazione di **idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute e promuove l'adozione di stili di vita salubri**, informando sui principali fattori di rischio. Il medico, sulla base delle conoscenze disponibili, si adopera per una pertinente comunicazione sull'esposizione e sulla vulnerabilità a fattori di rischio ambientale e favorisce un utilizzo appropriato delle risorse naturali, per un ecosistema equilibrato e vivibile anche dalle future generazioni.

### Art. 7- Cultura della salute (CDI 2019)

L'infermiere **promuove la cultura della salute** favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività.

## OBBLIGARIETÀ DELLA VACCINAZIONE COVID 19

In merito riportiamo il **parere del CNB** nel documento già citato: “...in via generale per il Comitato è sempre auspicabile il rispetto del principio che nessuno subisca un trattamento sanitario contro la sua volontà e, quindi, tendenzialmente la **preferenza dell'adesione spontanea rispetto ad un'imposizione autoritativa**, ove il diffondersi di un senso di responsabilità individuale e le condizioni complessive della diffusione della pandemia lo consentano. Tuttavia, il Comitato è altresì consapevole che **sono riconosciute per legge nel nostro ordinamento ed eticamente legittime forme di obbligatorietà dei trattamenti sanitari, quali appunto il vaccino, in caso di necessità e di pericolo per la salute individuale e collettiva**. Pertanto, nel caso di questa pandemia, che mette a rischio la vita e la salute individuale e pubblica, tanto più qualora non si disponga di nessuna cura, il Comitato

ritiene eticamente doveroso che vengano fatti tutti gli sforzi per raggiungere e mantenere una copertura vaccinale ottimale attraverso l'adesione consapevole. **Nell'eventualità che perduri la gravità della situazione sanitaria e l'insostenibilità a lungo termine delle limitazioni alle attività sociali ed economiche, il Comitato ritiene inoltre che - a fronte di un vaccino validato e approvato dalle autorità competenti - non vada esclusa l'obbligatorietà, soprattutto per gruppi professionali che sono a rischio di infezione e trasmissione di virus”.**

## Vaccinazione per covid 19 come obbligo di legge per i professionisti sanitari

l'articolo 4 del D.L. 1 aprile 2021 n° 44 ha introdotto l'obbligo vaccinale per il personale sanitario, fino al completamento del piano vaccinale nazionale e fino al 31 dicembre 2021. Sul tema si è sviluppata una intensa discussione tra esperti di diritto. La **Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ed Odontoiatri (FNOMCeO)** in una recente comunicazione inviata ai Presidenti degli Ordini Provinciali ha proposto la **sospensione “ex lege”** per i medici che non adempiano all'obbligo vaccinale.

## STRATEGIE PER LA COMUNICAZIONE DELLA CAMPAGNA VACCINALE PER COVID 19

La informazione relativa alla campagna vaccinale deve essere basata su dati scientifici verificati, deve essere **completa, chiara, comprensibile**. Le diverse agenzie ed i professionisti della informazione dovranno verificare con attenzione le fonti, valutando la **coerenza delle informazioni** e diffondere le informazioni in maniera **responsabile e equilibrata**, evitando autoreferenzialità, protagonismi e gli aspetti deteriori della spettacolarizzazione della informazione. Poiché in questa materia le conoscenze sono in continua e rapidissima evoluzione, in caso di incertezze e contraddizioni che potrebbero provocare disorientamento nella pubblica opinione, è necessario con la informazione venga fornita con il massimo di trasparenza ed onestà, evitando ogni strumentalizzazione.

Solo lo sforzo congiunto e responsabile delle istituzioni scientifiche, degli enti regolatori, delle agenzie preposte alla informazione ed alla comunicazione potrà far crescere la fiducia nella strategia vaccinale adottata, garantendo di raggiungere il risultato sperato della immunità di gregge nel minor tempo possibile.

Nel **“Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da Sars-COV-2” (Decreto del Ministero della Salute del 2-1-2021)**, al punto 7 è riportato quanto di seguito:

“È necessario **fornire in modo proattivo informazioni complete, obiettive e accurate**, con la finalità di favorire **un'ampia adesione alla campagna vaccinale da parte della popolazione**. A tal fine sarà necessario **spiegare che le rigorose procedure di autorizzazione dell'UE non contemplano alcuna deroga alla sicurezza**. Nelle fasi iniziali, il numero complessivo di dosi di vaccino potrà essere limitato, e pertanto **sarà essenziale spiegare le motivazioni che hanno portato alla scelta delle categorie che hanno accesso prioritario ai vaccini** (es. operatori sanitari, anziani e individui più vulnerabili). In questa prima fase è di particolare importanza **potenziare il focus sugli operatori sanitari**, in quanto primi beneficiari del vaccino e, a loro volta, esecutori materiali della vaccinazione.

A tal fine si dovrà, anche tramite uno specifico programma di formazione a distanza (FAD) a cura dell'ISS: **1) informare e formare gli operatori sanitari sulle caratteristiche dei vaccini COVID; 2) aumentare la fiducia e l'adesione degli stessi nei confronti del vaccino in quanto destinatari prioritari; 3) migliorare la capacità dei professionisti sanitari di comunicare e interagire con le persone appartenenti alle altre categorie prioritarie al fine di sostenere la campagna vaccinale.**

La gestione della **comunicazione istituzionale** richiede l'identificazione di un'unità di coordinamento composta da rappresentanti del mondo medico-scientifico e delle Istituzioni,

e che persegua i seguenti obiettivi: **1) sviluppare e diffondere messaggi chiave anche considerando le diverse fasce di età; 2) aggiornare costantemente i media tradizionali e web 2.0 al fine di prevenire un'informazione/comunicazione non puntuale; 3) sviluppare contenuti e strategie operative online e offline per rilevare e rispondere alla disinformazione in tempo reale** (ad esempio, tramite accordi con i maggiori social media) e indirizzare la richiesta di informazione verso il sito del Ministero della Salute e/o un numero telefonico dedicato”.

**Le cause delle non adesione alle vaccinazioni**

I **dubbi sulla reale efficacia del vaccino, la preoccupazione per gli effetti collaterali e la scarsa percezione della gravità della malattia** rappresentano i motivi più comuni che portano a non vaccinarsi.

In uno studio condotto dal Centro Europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie è emersa anche la **diffidenza nei confronti delle industrie farmaceutiche, delle autorità sanitarie e della ricerca, nonché una contrarietà generale nei confronti delle vaccinazioni.**

**Strategia per la informazione e comunicazione sulla vaccinazione per covid 19**

Le **autorità ed professionisti sanitari** hanno la responsabilità di **dare ai cittadini un'informazione scientificamente corretta, completa, adeguata alla comprensione**, circa i benefici ed i rischi della vaccinazione. Gli stessi hanno la responsabilità di **intervenire prontamente nei casi di disinformazione**, soprattutto quando questo può provocare allarme sociale, provvedendo a smentire la informazioni errate e a dare le informazioni corrette.

Le autorità nel predisporre **campagne informative** debbono **tenere presente** quanto si siano modificate oggi le modalità della informazione/comunicazione: **la velocità della comunicazione, la convinzione che esistano più verità, la presunzione di poter comprendere ed elaborare da soli qualsiasi tipo di informazio-**

**ne**, pongono davanti alla grande sfida di **trovare nuove modalità di comunicazione, che siano efficaci e soprattutto credibili.**

**La comunicazione dei professionisti sanitari**

I **professionisti sanitari** hanno una **funzione fondamentale nella campagna per la vaccinazione per covid 19**. I professionisti sanitari hanno il dovere etico/deontologico e la responsabilità professionale di informare e comunicare correttamente alle persone assistite e più in generale tutti i cittadini perché essi possano maturare un **giudizio pienamente ed autenticamente consapevole.**

La comunicazione dovrà essere improntata soprattutto sulla **capacità di ascolto e di dialogo** per comprendere dubbi, paure, errate informazioni, non per convincere ma piuttosto **per rimuovere gli ostacoli** che rendono difficile una **scelta veramente libera e responsabile.**

## 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.*

# Cassazione: il consenso informato è una prestazione a carico del medico

Il consenso alla prestazione medica e quello alla cura sono due diritti distinti.

Le regole sul consenso informato sono spesso fonte di controversie giudiziarie. Il caso in questione riguarda la richiesta di risarcimento dei danni per violazione del consenso informato avanzata da **un paziente nei confronti di un Ospedale veneto** e del medico oculista a seguito di una terapia farmacologica somministratagli, da cui era scaturita una patologia al rene del paziente medesimo.

In particolare, sosteneva il danneggiato di essersi rivolto alla struttura sanitaria e al medico oculista perché affetto da una malattia agli occhi e che l'oculista **gli aveva somministrato dei farmaci per la cura di detta malattia** senza averlo monitorato prima e dopo il trattamento e soprattutto senza avergli fornito tutte le informazioni sulle possibili conseguenze negative collegate al trattamento farmacologico. A seguito dell'assunzione dei farmaci prescritti, il paziente subiva una disfunzione renale dovuta proprio all'uso del farmaco.

In ragione di ciò, il **paziente si rivolgeva prima al Tribunale di primo grado, che però rigettava** la sua richiesta risarcitoria nei confronti dell'Ospedale e del medico, e successivamente alla Corte di Appello di Venezia, che confermava la decisione di primo grado.

Il paziente adiva, quindi, la Corte di Cassazione ritenendo la decisione di secondo grado errata nella misura in cui il collegio non aveva riconosciuto la **violazione del proprio diritto a scegliere di rifiutare la terapia farmacologica** proposta dall'oculista, per evitare il rischio de-

gli effetti collaterali al proprio rene, e quindi a scegliere di mantenere la patologia oculistica piuttosto che rischiare l'insorgere di una nuova patologia renale. In altri termini, il motivo del ricorrente si basa sulla mancata corretta informazione da parte dell'oculista che non gli ha permesso di conoscere gli effetti collaterali connessi all'assunzione del **farmaco e conseguentemente non gli ha permesso di decidere di non curarsi.**

## La decisione della Corte di Cassazione

La Corte di Cassazione ha ritenuto fondato il ricorso promosso dal paziente e ha quindi cassato la decisione di seconde cure, riportando un'accurata disamina dei principi applicabili in materia di consenso informato.

In primo luogo, gli Ermellini hanno ricordato che **l'acquisizione del consenso informato del paziente è una prestazione a carico del medico separata e distinta rispetto alla prestazione di cura del paziente e quindi deve essere autonomamente valutata per verificare la eventuale responsabilità del medico per il caso in cui tale consenso informato non venga acquisito correttamente.**

Dal punto di vista dal paziente, quindi, vi sono due distinti diritti in capo a quest'ultimo:

- **il consenso informato è inerente al diritto all'autodeterminazione del paziente, cioè alla sua consapevole adesione (o meno) al trattamento sanitario che il medico gli propone per curare la patologia**, esplicazione del principio costituzionale secondo cui nessuno può essere obbligato a subire un determinato trattamento

sanitario se non per disposizione di legge;

- **il trattamento medico terapeutico, invece, è inerente al diritto alla salute del paziente, quindi tutela detto diverso diritto.**

In considerazione del fatto che si tratta di due distinti diritti, quindi, i giudici devono analizzare e valutare entrambe le relative prestazioni del medico in maniera distinta per verificare se uno di essi sia stato leso.

Conseguentemente, prosegue la Cassazione, **nel caso in cui non sia stato validamente acquisito un consenso informato del paziente, l'intervento del medico è sempre illecito** (a meno che non si rientri nei casi di trattamento sanitario obbligatorio per legge), **anche nel caso in cui detto intervento sia posto in essere nell'interesse del paziente e addirittura anche quando il suo risultato sia totalmente favorevole per il paziente.** Ciò in quanto il consenso informato è la base che legittima il trattamento sanitario.

**Il consenso informato si sostanzia nell'obbligo a carico del medico di fornire al paziente tutte le informazioni circa le prevedibili conseguenze che possono derivare a carico del paziente che si sottopone ad un trattamento medico.** Ciò in modo che egli possa decidere in maniera consapevole se effettuare o meno il trattamento stesso.

Affinché il consenso sia effettivamente consapevole, l'informazione fornita dal medico deve:

- **avere ad oggetto i rischi di un esito negativo del trattamento sanitario nonché di un aggravamento delle condizioni di**

salute del paziente e anche di una possibile inutilità del trattamento stesso (cioè del fatto che il trattamento potrebbe non portare alcun effetto migliorativo della patologia);

- essere espressa in termini e con un linguaggio adatti al livello culturale del paziente che riceve l'informazione e per lui comprensibili, anche in relazione allo stato soggettivo in cui il paziente si trova e il livello di conoscenze specifiche di cui egli dispone.

Inoltre, la Corte Suprema ha precisato che il **consenso informato del paziente** deve essere acquisito anche quando la probabilità che si verifichi l'evento pregiudizievole per il paziente siano talmente basse da essere prossime al caso fortuito nonché quando invece sono così alte da rendere quasi certo che detto evento si verifichi.

Ciò in considerazione del fatto che soltanto il paziente deve compiere la valutazione dei rischi connessi al trattamento.

Infine, gli Ermellini hanno evidenziato come **la prestazione del consenso informato da parte del paziente non può mai essere presunta o tacita, ma deve sempre essere fornita dal paziente, dopo che egli ha ricevuto appunto un'adeguata informazione in maniera esplicita.** Ciò che può essere fornita in via presuntiva è soltanto la prova che il paziente abbia effettivamente reso un consenso informato in modo esplicito. **Il relativo onere probatorio, poi, grava totalmente sul medico e sulla struttura sanitaria: che dovranno appunto dimostrare di aver fornito al paziente le informazioni di cui sopra (con le caratteristiche poc'anzi indicate) e che il paziente ha manifestato in maniera esplicita il proprio consenso all'esecuzione del trattamento.**

Da un punto di vista pratico, gli Ermellini hanno in via esemplificativa rilevato come sia stato ritenuto non valido un consenso che era stato ottenuto dalla struttura sanitaria attraverso la sottoposizione e la sottoscrizione da parte del paziente di un modulo del tutto generico oppure un consenso prestato oralmente da cui non era possibile avere la certezza che il paziente avesse ricevuto le informazioni necessarie.



### 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.

## Sanitari no-vax

Dopo il periodo di corsa al vaccino, ora è il momento di quelli che il vaccino preferirebbero non farlo ma vi sono costretti dalla necessità: il "green-pass".

Qualche giorno fa la mamma di un neo-maggiorenne (aveva compiuto i 18 anni da un mese) mi ha minacciato. Perché a suo dire il ragazzo il vaccino lo voleva fare solo per quel benedetto "pass" che gli avrebbe consentito di andare in discoteca e al ristorante con gli amici. Non certo per proteggersi dall'infezione, perché quella è "un fatto naturale, che può magari procurare qualche malessere, ma che nella maggior parte dei casi decorre senza sintomi". Cosa che non fa, a suo dire, il vaccino, che di morti ne ha procurati già tanti e le cui cifre vengono nascoste perché gli interessi economici in campo sono inimmaginabili.

Inutile raccontarvi che quando le ho chiesto di farmi partecipe di tanta "scienza" ne ho ricevuto un sorrisetto beffardo e la risposta che io ero uno di quelli che con il vaccino lo stipendio se lo fanno.

A rispondere a siffatte considerazioni un collega di Roma nel suo "hub" vaccinale ha affisso un cartello in cui informa che il green-pass non è richiesto a chi entra in rianimazione e che anche il personale degli obitori non fa tante storie. Ma ad avere necessità del "gree-pass" non è solo di chi vuole andare in discoteca e al ristorante; ultimamente viene chiesto anche per mantenere il posto di lavoro.

E qui le cose si fanno più complicate. Perché la volontà di non vaccinarsi non è, in questi casi, quasi mai esplicita, ma mascherata.

Il modo per ottenerlo, in questi casi, quello di segnalare in anamnesi le condizioni sanitarie più disparate per ottenerne in cambio il diritto all'esenzione. Chi dichiara di essere allergico

a tutti i farmaci del prontuario terapeutico, chi vanta allergie ai più svariati cibi e chi vanta "curricula" sanitari da invalidi. Per averne in cambio un certificato di esenzione. Tra questi casi, purtroppo, anche un paio di colleghi.

Sono 767, in Italia, i medici sospesi dagli Ordini perché non vaccinati.

Chi l'avrebbe mai detto!

Che chi non intende vaccinarsi abbia il diritto di farlo è cosa sulla quale non discuto. Al patto, però, che la sua scelta non metta in pericolo chi della sua opera ha bisogno. Specie se quell'opera è pagata con soldi pubblici come nel caso del personale sanitario delle ULLS e delle case di riposo. In questi casi una cosa dovrebbe essere chiara. Chi sceglie quella strada dove avere la coerenza di togliersi il camice, lasciare il posto di lavoro e rinunciare allo stipendio. Perché il ruolo nel pubblico in sanità non consente alternative.

Il medico o l'infermiere che non si vaccina, a parte l'ovvio rischio al quale espone gli ignari pazienti, è una persona che dichiara di non credere nel sistema sanitario nazionale e nel

lavoro che fa. Perciò sia libero di scegliere un campo diverso, ma se lo fa si tolga la divisa. Svesta il camice o la casacca da infermiere perché quella è l'uniforme di chi alle cure ci crede o ci ha creduto fino al punto di sacrificare la vita.

E da inizio pandemia sono stati ben 370 i colleghi che hanno pagato con la vita la fedeltà al compito che si erano assunti scegliendo questa professione. Chi indossa il camice in un luogo pubblico, deve avere la coerenza e l'onestà di rispettarne il significato. Indossarlo senza farlo è tradimento e diserzione. Se poi il motivo per non vaccinarsi fosse quello che non si crede nella "scienza ufficiale", come ha scritto Michele Serra sul giornale, "escano dalla sanità pubblica e se ne facciano una propria." ... "non se ne stiano col culo al caldo, a spillare lo stipendio a un padrone, lo Stato, che dimostrano di disprezzare, considerando insulsi i suoi sforzi e nulle le sue direttive."

*"Fare il rivoluzionario a costo zero è molto comodo, ma molto poco etico".*

ROBERTO MORA



## In memoria del prof. Michele Muggeo

ENZO BONORA,  
RICCARDO BONADONNA,  
PAOLO MOGHETTI,  
GIACOMO ZOPPINI  
A NOME DI TUTTI I SUOI  
NUMEROSISSIMI ALLIEVI

Nella notte fra il 22 e il 23 agosto 2021, all'età di 82 anni, si è spento serenamente nella sua abitazione di Padova, accanto alla sua amata moglie Maria, il prof. Michele Muggeo, fondatore della Scuola Endocrinometabolica di Verona e nostro illuminato Maestro.

Nato a Barletta nel 1938, il prof. Muggeo si è laureato a Padova nel 1964, formandosi e crescendo professionalmente nella Scuola dei Professori Patrassi e Crepaldi, dapprima come medico interno e poi come assistente volontario, assistente di ruolo e infine come aiuto universitario. Negli anni sessanta e settanta ha acquisito ben sei specializzazioni, nell'ordine Ematologia, Cardiologia, Medicina Interna, Gerontologia e Geriatria, Endocrinologia, Diabetologia e Malattie del Ricambio, e, giovanissimo, una libera docenza in Semeiotica Medica. Nella seconda metà degli anni settanta ha trascorso un lungo periodo di studio e ricerca come Visiting Scientist presso la Diabetes Branch dell'NIH di Bethesda, MD, USA, a fianco di ricercatori del calibro di Jesse Roth, Ronald Kahn, Philip Gorden, Jeffrey Flier, Robert Bar, Emmanuel Van Obberghen, Pierre De Meyts, Len Harrison, Barry Ginsberg. Nel 1980 è stato chiamato come Professore Ordinario di Endocrinologia dall'Università di Ancona e due anni dopo dall'Università di Verona, dove ha operato per quasi trent'anni, fino alla quiescenza nel 2009, essendone poi nominato Professore Emerito. Negli anni trascorsi presso l'Università di Verona ha diretto dapprima la Scuola di Specializzazione in Diabetologia

e Malattie del Ricambio e la Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e dal 1991 la Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo. Ha anche coordinato il Dottorato di Ricerca in Malattie Cronico-Degenerative e in seguito quello in Scienze Mediche Cliniche e Sperimentali. Per oltre 25 anni è stato direttore del Centro di Verona del Gruppo di Studio delle Malattie Dismetaboliche e dell'Aterosclerosi.

La sua attività scientifica ha spaziato da studi sulla fisiopatologia della secrezione del GH a pioneristiche ricerche sul recettore insulinico, da studi sulla fisiopatologia dell'insulinoresistenza a ricerche sull'epidemiologia del diabete e delle sue complicanze. Numerosi i contributi derivati dal Verona Diabetes Study che lui ha ideato e guidato per anni. I suoi studi hanno portato alla pubblicazione di oltre 300 lavori, di cui oltre la metà su prestigiose riviste internazionali. Ha anche contribuito alla stesura di capitoli di numerosi trattati e atti di congressi nazionali e internazionali. Ha fatto parte dell'Editorial Board di numerose riviste e per moltissime riviste ha esercitato la funzione di revisore. La sua ricerca è stata finanziata dal Ministero dell'Università, dal Ministero della Salute, dal CNR e da varie altre istituzioni nazionali e internazionali. Il prof. Muggeo è stato membro attivissimo della Società Italiana di Diabetologia (SID), svolgendo vari compiti fra cui il coordinamento del Gruppo di Studio per l'Educazione (GISED, 1981-1991). È stato per due quadrienni membro del consiglio direttivo SID (1986-1990 e 1998-2002) e nel biennio 2000-2002 ne è stato Presidente, organizzandone il Congresso Nazionale a Verona nel 2002. La SID l'ha successivamente nominato Presidente Onorario.

È stato anche componente del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Endocrinologia (SIE) nel quadriennio



1982-1986, membro della Commissione designata a elaborare il nuovo statuto della società nel 1985 e organizzatore di due congressi nazionali tenutisi a Verona nel 1988 e nel 2007. È stato anche membro di altre società scientifiche in Italia, oltre che della American Diabetes Association e della European Association for the Study of Diabetes, del cui gruppo di studio sulla Epidemiologia (EDEG) ha organizzato un convegno a Verona nel 1999. Qualche anno prima, sempre a Verona, aveva organizzato il 4° International Symposium on Insulin Receptor and Insulin Action. Nel complesso, l'attività organizzativa di eventi scientifici locali, regionali, nazionali e internazionali è sempre stata intensa.

Michele Muggeo era una persona di un'onestà cristallina, incrollabilmente leale e sincero, generoso, disponibile, socievole e ospitale. Quanto era serio e impegnato nel lavoro, tanto diventava amicale, empatico e affettuoso nelle pause di lavoro e nella convivialità. Gli piaceva avere persone intorno a cui offrire qualcosa. Era un buono. Una brava persona.

Nel suo lavoro Michele Muggeo era appassionato, instancabile, meticoloso, tenace, lucido e lungimirante.

Aveva un innato spirito di sacrificio, una inesauribile percezione del proprio dovere e un fortissimo senso di appartenenza. Fosse questa l'Università, l'Ospedale, la struttura che dirigeva, la comunità diabetologica ed endocrinologica italiana, la cerchia di amici e colleghi italiani e di oltre confine. E' stato uno straordinario promotore della endocrinologia e della diabetologia italiana in tutte le loro espressioni: scientifiche, cliniche, formative, divulgative e ha alimentato spesso collaborazioni per far crescere i suoi ma anche gli altri. Molti, in vari contesti, sono maturati e cresciuti professionalmente grazie ai suoi consigli e alle sue ispirazioni. Tuttavia, i tre aggettivi che a nostro avviso meglio lo descrivono nel contesto lavorativo sono visionario, trascinatore e costruttore.

Visionario, nel senso positivo del termine, perché pensava in grande e vedeva certe cose prima di altri, nel campo scientifico, didattico e clinico. Intuì, lui che aveva solide basi in campo molecolare e fisiopatologico, l'importanza dell'epidemiologia nel campo del diabete. Intuì la necessità di essere innovativi nella trasmissione della conoscenza agli altri, fossero questi specialisti, medici del territorio, infermieri, farmacisti o altre

figure professionali, persone con il diabete. Intuì, che certe patologie, come il piede diabetico o l'ipercolesterolemia familiare, meritavano più attenzione e compassione. Compassione che ebbe sempre in abbondanza, unitamente all'empatia, nella sua attività di medico.

Trascinatore perché quando individuava un obiettivo ti faceva complice nella passione per lo stesso, ti stimolava, ti faceva capire che era la scelta più appropriata anche quando tu eri perplesso e poi ti trascinava verso quell'obiettivo. Verso il successo che lui vedeva come un successo di gruppo più che suo personale.

Costruttore perché ha fondato dal nulla una scuola e una struttura assistenziale che hanno una collocazione di prestigio nel panorama nazionale e internazionale. Quando arrivò a Verona nel 1982 era solo e poco gradito da taluni che lo percepivano come un temibile concorrente oppure come un estraneo solo di passaggio. Non si è arreso mai di fronte a nulla, indomito, e poco a poco, anno dopo anno, è riuscito ad attrarre persone, a ottenere spazi e attrezzature e personale di ruolo. E quando non otteneva personale di ruolo, generava posti precari cercando, fino allo

sfinimento, fondi per sostenerli, senza abbandonare mai nessuno. E' riuscito a far crescere in maniera esponenziale quello che aveva fondato dal nulla senza aiuti politici o accademici particolari, senza compromessi di sorta, solo duro lavoro. Non si è mai vantato di questo, eppure, da uomo solo a cui era stata concessa una stanzetta di 15 metri quadrati e l'uso di una porzione di un bancone di laboratorio, in 25 anni ha costruito una struttura in cui lavorano quasi 100 persone, producendo scienza, formazione e assistenza come in poche altre sedi in Italia. Tutto perché lui nel 1982 aveva guardato oltre, gettato le fondamenta e lavorato alacremente per realizzare quello che allora sembrava un sogno impossibile. Lui, il visionario, il trascinatore, il costruttore.

Questo è stato e per noi sempre sarà Michele Muggeo: un vero e inarrivabile Maestro nella ricerca, nella didattica e nella clinica. Non è stato però solo questo per noi, che per molti anni abbiamo avuto il privilegio di lavorare al suo fianco. E' stato anche un formidabile esempio di grande umanità e dell'arte di saper cogliere nel quotidiano motivi per sorridere o per entusiasmarci. A lui andrà sempre il nostro pensiero affettuoso e riconoscente.

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

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

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

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

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

## Vino e vini medicati nella medicina storica

LUCIANO BONUZZI

Quando l'uomo da cacciatore e raccoglitore passa alla fase di sedentarietà la vite è, verosimilmente, fra le prime piante ad essere coltivata, accanto al frumento e all'orzo etc. Nell'area compresa fra il Caspio ed il Golfo Persico, dove la *Vitis vinifera silvestris* si è rifugiata durante l'ultima glaciazione, si trovano poi le principali forme di vite: la *pontica* accanto al Monte Ararat, la *occidentalis* nell'alto Nilo e la *orientalis* nella valle del Giordano<sup>(1)</sup>. Leggendaria il tralcio con uva di cui si narra nei *Numeri* quando nella Valle del Grappolo fu necessario ricorrere a due uomini forniti di una stanga per provvedere al trasporto<sup>(2)</sup>. La coltura della vite e l'impiego dell'uva a scopo alimentare sono testimoniati dal ritrovamento di vinaccioli sparsi in tanti siti archeologici, mentre la loro presenza in grande quantità invita a pensare all'avvento della fermentazione<sup>(3)</sup>, responsabile della misteriosa trasformazione del mosto in vino: un evento che è alla base di tanti riti religiosi.

Del resto, la storia della vite e dell'uva, che si intreccia con quella del vino, è un motivo essenziale per cogliere l'avvento e l'evoluzione della cultura che trova nelle trasformazioni incessanti delle pratiche alimentari un fattore di fondamentale rilevanza non solo perché, come insegna l'Autore ippocratico<sup>(4)</sup>, la capacità di trasformare le pratiche alimentari è quanto permette di distinguere l'uomo dagli animali ma anche perché la medicina nasce proprio dalla dietetica: una sofisticata sintesi fra natura e cultura. E quanto prima – si tratta di questione non marginale – nel canto poetico dell'*IlIade*<sup>(5)</sup> compare il vino – il vino di Pramno – mescolato con formaggio e farina: la sete se ne va e diventa possibile dialogare con l'animo sereno.

Nell'*Odissea*<sup>(6)</sup> è la stessa Elena, figlia di Zeus, che nel vino versa il nepente, un farmaco di origine egiziana - probabilmente l'oppio - che allontana ogni pena. Nel mondo antico il vino è alimento, veicolo di farmaci e farmaco esso stesso come sa il buon Samaritano quando, lungo la strada che scende da Gerusalemme a Gerico, soccorre un ferito e lo medica con olio e vino<sup>(7)</sup>. Non mancano, insomma, le osservazioni empiriche che, in tanti contesti, valorizzano il vino, ma solo con l'avvento dell'umorismo affiorano le prime interpretazioni che permettono di guardare sia al vino che ai suoi effetti con intenti scientifici.

Ippocrate, facendo riferimento al sistema umorale che per secoli orienterà la medicina, fornisce le categorie per accostare uva e vino. Dell'uva, considerata calda e umida, vengono rilevate le capacità lassative, più marcate in quella acerba e nell'uva passa. Non mancano però le riserve in merito al mosto in quanto, pur dotato di palese capacità purgativa, può turbare lo stomaco fermentando. Più complessa la descrizione delle qualità del vino che - definito, perentoriamente, "caldo e secco" - presenta caratteristiche non omogenee: i vini rossi, infatti, sono ritenuti secchi ed astringenti mentre quelli rossi ma leggeri sono giudicati più morbidi e lassativi; i bianchi, infine, sono considerati essenzialmente diuretici. Dell'aceto, privo di capacità nutritive, sono sottolineate le proprietà astringenti<sup>(8)</sup>. L'eco delle argomentazioni ippocratiche si avverte lungo tutta la medicina antica: si pensi, fra gli autori latini, a Celso e Plinio, ma anche a Dioscoride e Galeno che scrivono in greco.

Celso<sup>(9)</sup> è un enciclopedista che definisce come forti quei cibi e quelle bevande che ritiene ben forniti di "materia alimentare" e cioè molto nutrienti.

A suo avviso sono forti sia l'uva che il vino, soprattutto quello ottenuto dall'uva passa; il vino giovane è, invece, considerato meno nutriente ed è raccomandato per chi è debole. Celso ricorda anche il possibile impiego del vino come conservante apprezzando per questa funzione quello d'uva passa o preparato con resina. In ogni modo, è nella *Storia Naturale* di Plinio dove si trovano descritti in buon compendio i principali vini del mondo antico e le loro caratteristiche. Plinio<sup>(10)</sup> illustra con diligenza viti, uve e vini osservando come il loro sapore dipenda essenzialmente dal *terroir*. Ricorda, fra l'altro, che il vino può essere trattato con cenere, gesso o acqua di mare e come, grazie ad attente sofisticazioni, possa essere reso più piacevole, ma conclude che non ci si può stupire se con questi trattamenti diventi nocivo alla salute. Fondamentale, a suo avviso, è il ruolo del vino in medicina per quanto l'assunzione oltre misura possa avere conseguenze quanto mai problematiche. Nella descrizione dei prodotti della vite dotati di azione farmacologica segnala l'agresto, che si può ottenere dall'uva acerba ed ha molteplici indicazioni in ambito terapeutico, l'enante prodotto dalla vite selvatica e raccomandato, fra tanti impieghi, anche per le ulcere etc. Non poche, in brevi parole, sono le azioni benefiche attribuite al vino che "sostiene, fa sangue e dà colorito"<sup>(11)</sup>. Ma il vino è suggerito anche per preparare decotti ed impiastri in simbiosi con le più diverse piante officinali. A proposito di tanti prodotti esotici e sofisticati, allora in commercio, Plinio peraltro non esclude che in qualche caso possa trattarsi di "astuzie subdole e lucrose" scovate da qualche farmacista a scopo di guadagno<sup>(12)</sup>. La *Storia Naturale* di Plinio è stata una fonte di grande rilievo per trasmettere le nozioni elaborate dagli Antichi lungo il Medio

Evo. Ed altrettanta rilevanza compete agli scritti di Dioscoride e soprattutto all'opera di Galeno, autorità indiscussa fino alla rinascita anatomica. La pagina di Dioscoride, il cui testo fu per secoli il manuale di farmacologia per eccellenza, permette di gettare uno sguardo sulle differenti tecniche che venivano impiegate per elaborare non solo il vino in quanto tale ma anche i più diversi prodotti medicinali a base di vino. Ricorda, fra l'altro, i principali *cru* del suo tempo, dal Falerno al Cecubo, un vino dolce con buone proprietà nutritive. Osserva che il vino vecchio nuoce ai nervi, mentre quello nuovo gonfia e provoca la diuresi. Ed ancora, descrive il vino onfacino, ottenuto da uve non ancora del tutto mature, quello elaborato con acqua di mare che provoca la sete e disturba lo stomaco; nocivo, a suo avviso, è anche il vino lavorato con gesso per quanto utile come contravveleno. Questo insigne chirurgo greco nella dettagliata esposizione dei vini medicati - con "mele cotogne", "melograni", resine etc. - designa come vino le più diverse bevande fermentate, testimoniando come la storia del vino e quella dei vini medicati sia fittamente intrecciata<sup>(13)</sup>. Se Dioscoride è il maestro di farmacologia, Galeno è, fra gli Antichi, la voce più autorevole in ambito fisiologico e clinico. L'azione del vino nell'organismo umano è analizzata, come avverte Cesare Menini<sup>(14)</sup>, in ogni aspetto. Galeno ricorda non solo le azioni positive e quelle negative, dovute all'uso smodato, ma elenca anche i correnti vini medicinali senza scordare che il vino è il solvente a cui si ricorre nella preparazione della triaca<sup>(15)</sup>, il più celebre intruglio terapeutico usato per secoli e secoli. Una ricchezza d'interessi che balza immediatamente agli occhi osservando la voce 'vino' nell'indice dell'*Opera Omnia*<sup>(16)</sup>.

Plinio e Galeno sono stati, come si è ricordato, riferimenti culturali di grande rilevanza per trasmettere il pensiero elaborato dagli Antichi lungo il Medio Evo dove peraltro convergono suggestioni popolari ed influssi della medicina araba. Un'età in cui prende forma il pensiero di Ildegarda di Bingen<sup>(17)</sup> che intende il vino come sangue della terra dove svolge fun-

zioni analoghe a quelle del sangue nell'organismo umano. Il vino, per Ildegarda, influenza tutti gli umori e, fra l'altro, invita con prepotenza al coito ma per temperarne la forza suggerisce di consumarlo con il pane o di diluirlo con acqua. Data la forza che gli è riconosciuta si capisce pertanto come possa essere stato presente con tanta frequenza nel patrimonio farmaceutico del tempo<sup>(18)</sup>.

Anche nei versetti della *Regola Sanitaria Salernitana*<sup>(19)</sup> al vino è riservato un attento interesse indicando profumi, sapore, limpidezza e colore come le principali qualità per valutare un buon bicchiere. La qualità del vino è, infatti, essenziale data la capacità che gli è propria d'influenzare gli umori. Quanto mai interessante una monografia trecentesca dedicata al suo impiego farmaceutico ed edita alcuni anni or sono da Nicola Letronico; altrettanto suggestive le riflessioni di Michele Savonarola e di Marsilio Ficino quando l'Età Moderna è ormai alle porte. Latronico<sup>(20)</sup> nella presentazione critica della monografia ora ricordata, opera di un anonimo compilatore, sintetizza le varie tecniche usate per fare del vino medicato con droghe un vero e proprio preparato farmaceutico: le droghe possono es-

sere aggiunte al mosto ed aspettare la fermentazione o essere fatte bollire nel vino o, più semplicemente, possono essere lasciate macerare a freddo. Latronico traduce anche cinquanta ricette di vini medicati che grazie all'aggiunta delle più diverse sostanze, erbe come il rosmarino ma anche metalli come l'oro, trovano le indicazioni cliniche più appropriate.

Lo stesso Savonarola<sup>(21)</sup>, cultore di dietetica nel senso pieno della parola, scrive di uva e di vino sottolineando la particolare 'potenza' di quello proveniente dal territorio collinare. Non dimentica i pericoli per la salute che derivano dall'uso improprio ma, nel contempo, ricorda i benefici che conseguono ad un consumo intonato dalla moderazione e dalla temperanza: non solo il vino "provoca la urina, fa bon colore, fa bon odore e fortifica il coito" ma ha anche un'influenza positiva sull'anima in quanto rende sereni, apre alla speranza e modula l'audacia. Tutto sommato, al di là di qualche apprezzamento scontato, Michele Savonarola, che è il nonno del celebre predicatore, guarda al vino con cautela sia pure senza grandi riserve dato il ruolo che proprio al vino compete nel sacrificio della Messa.



Entusiasta è, invece, Marsilio Ficino dove le riflessioni dietetiche sono vivacizzate dal continuo, scintillante rimando alla tradizione classica. Nel Proemio al *De Vita* esordisce ricordando Bacco che "con certo suo vino vivificatore, e con la serenità ebra di letizia che conferisce, medica forse in modi più salutari, che non faccia Febo con le sue erbe e con i suoi incantesimi". Ficino, che apprezza il vino che proviene dai colli esposti al sole, propone malvasia e vernaccia, quali aperitivi, a chi soffre il freddo. Ma è il profumo che lo affascina in modo particolare in quanto è proprio il profumo del vino a cui attribuisce la capacità di attivare lo spirito. E per meglio apprezzarlo suggerisce di risciacquare la bocca con vino puro, ed ancora di lavare le mani con il vino e, finalmente, di avvicinarlo alle narici<sup>(22)</sup>.

Nel '500 la medicina si rinnova profondamente grazie allo sviluppo dell'anatomia ma i rimandi all'umoralismo continuano ad essere cogenti soprattutto in ambito terapeutico. Si discute ancora sulla qualità del vino e nella polemica viene coinvolto lo stesso Girolamo Fracastoro<sup>(23)</sup> che conclude come il vino sia da considerare, alla maniera di Ippocrate, caldo e secco, naturalmente facendo riferimento all'uomo. Ma non solo il pensiero ippocratico è ancora vivo: il commento dettagliato di Mattioli<sup>(24)</sup> al trattato di Dioscoride testimonia, infatti, quanto sia ancora vitale tutto il sapere degli Antichi nella cultura rinascimentale. Il riferimento alle qualità, intese nel senso dell'umoralismo, resta, comunque, sempre fondamentale per interpretare il metabolismo dei cibi e delle bevande. Pisanelli<sup>(25)</sup>, compendiando argomentazioni vecchie di secoli, raccomanda che il vino non sia bevuto a stomaco vuoto, lo sconsiglia ai bambini e, ricordando il monito di Platone, anche alle coppie di sposi che intendono avere figli; lo raccomanda, invece, per i vecchi in modo da compensare con il suo calore la freddezza propria dell'età avanzata. Pure Castor Durante da Gualdo scrive di vino, commentando: "Il vino si commemora tra i cibi, perciocchè ogni cosa che nutrisce è cibo, e il principal luogo tra le cose

che si bevano tiene il vino, perciocchè la sanità, per la sottil sostanza sua, meglio si mescola con i cibi, che non fa l'acqua; oltre che agl'uomini è molto dilettevole, ristora l'umido radicale e letifica il cuore". Fra i vari tipi di vino, questo dietologo del '500 non dimentica i vini artificiali per i poveri e per gli infermi ricordando un complesso prodotto a base di erbe contro la peste<sup>(26)</sup>.

In ogni modo, nonostante la forza della tradizione, qualche cosa si muove nel mondo del vino. Zacchia ne *Il vitto quaresimale* ricorda che la Chiesa non ne ha vietato l'uso nella pratica del digiuno. Per suo conto lo ritiene una bevanda indispensabile e raccomanda quello asciutto ricordando che può essere temperato con "acqua medicinale"; suggerisce, fra l'altro, l'infusione "nel vino bianco e buono" di finocchio o di cannella ma anche di sena data la sua "virtù di muovere il ventre"<sup>(27)</sup>. Esauriente, nel '600, la sintesi in tema di enologia elaborata da Tanara che ne *L'Economia del cittadino in villa* propone una dettagliata procedura d'assaggio – limpidezza, profumi, confronto fra vini diversi etc. - che ancor oggi è seguita nei concorsi enologici. Non trascura di segnalare i "Remedi pe' l vino guasto" allora correnti, senza sorvolare sulle perplessità che può accompagnare il ricorso a pratiche tanto diverse. Ma Tanara, attento ai rapporti che corrono fra vino e medicina, si pone anche la questione del "bere freddo" stigmatizzato da Galeno che lo considerava "pernicioso allo stomaco, al cervello, a' nervi, al polmone, al petto, alle budella, alla matrice, alla vescica, alle reni, al fegato, alla milza e a denti". Ma ormai Galeno non è più un'autorità indiscussa e Tanara, in sintonia con quanti dissentono dell'autorevolezza della tradizione, ricorda che "il bere freddo temprà il calore del fegato, mitiga l'ardore, apporta appetito, fortifica il ventricolo" e via dicendo<sup>(28)</sup>. Il dibattito sul bere freddo si trascina fino al '700 quando Vallisneri pubblica la monografia *Dell'uso e dell'abuso delle bevande e bagnature calde o fredde*<sup>(29)</sup>. Vallisneri difende le bevande calde: la natura, del resto, ha elaborato un sentiero che dalla bocca porta allo stomaco proprio per per-

mettere un certo riscaldamento degli alimenti che vengono ingeriti; ed allo stesso bambino è offerto latte caldo come primo alimento. Il vino caldo, comunque, non è per Vallisneri un rimedio universale ma è piuttosto la prudenza del medico che deve suggerirlo nei casi opportuni. Quella del vino freddo o caldo è questione che appassiona molti studiosi del tempo e nel dibattito acceso dal saggio di Vallisneri intervengono, infatti, medici ed eruditi come Davini e Muratori con pareri o con saggi che saranno pubblicati in appendice alla più corposa monografia di Vallisneri.

Nel '700 il bisogno di semplificare e ordinare il sapere è quanto invita alla pubblicazione delle prime enciclopedie elaborate facendo semplice riferimento all'alfabeto: così il *Dizionario di Chambers* o l'*Encyclopédie* per antonomasia, curata da Diderot e D'Alembert. Nel *Dizionario* di Chambers per definire il vino si fa riferimento al fatto che "dà per distillazione" un fluido sottile ed infiammabile "detto spirito". Nella "classe de' vini" vanno pertanto compresi "non solo i vini assolutamente così detti" ma anche altri prodotti di origine vegetale che contengono spirito in quantità più o meno significativa. "Netto, asciutto, bello, lucente, e frizzante, senz'alcun gusto di terra, e d'un color chiaro, pulito e stabile; che abbia forza, senz'essere talmente forte e fumoso, che monti alla testa; che abbia corpo senz'essere agro, e che si conservi, senza farsi duro, né acerbo": queste devono essere le caratteristiche di un buon vino. Elencati i vari *cru*, con particolare consenso per quelli francesi, si ricordano i prodotti medicinali a base di vino: ora designati facendo riferimento agli ingredienti, ora all'azione esercitata nell'organismo ed ora invece alla loro qualità<sup>(30)</sup>. Si tratta di classificazioni un po' confuse che riflettono le difficoltà con cui si confronta la clinica, non solo la clinica del tempo ma forse anche la clinica di sempre. Nella stessa *Encyclopedie* si segnala l'importanza che compete allo "spirito", il principio attivo che ai vini conferisce le loro principali virtù: aiuta la digestione, rianima gli umori etc. Assunto con moderazione il vino è da ritenere una

bevanda congeniale all'uomo adulto e quello di Bordeaux "è forse il più salubre vino d'Europa."<sup>(31)</sup>

Ma, quanto prima, il consenso per il vino si oscura mentre il linguaggio stesso si trasforma. Nel *Dizionario compendiato delle scienze mediche* che sintetizza il sapere della medicina nella prima età contemporanea il linguaggio è, infatti, profondamente rinnovato. Si nota, con espliciti rimandi alla chimica, che il vino, inteso come la risultante dalla "fermentazione del succo dei frutti zuccherosi, e più particolarmente da quello della uva", è "composto di molte quantità di acqua, di alcool" e di altre sostanze, quali la "materia colorante somministrata dall'involucro della uva", l'acido tartarico etc. Ma la presenza dell'alcool accende nella medicina le più vivaci perplessità in merito al consumo: sconsigliato ai bambini e alle donne, il vino è ormai ritenuto "più

nocevole che utile all'uomo" concedendolo in moderata quantità solo a chi ha lo stomaco sano. Gli stessi vini medicinali, con cui i farmacisti indicano "certe infusioni di parecchie sostanze entro vini diversi", sono per lo più considerati farmaci del passato, riservando solo a pochi prodotti qualche interesse per le particolari proprietà toniche ed eccitanti<sup>(32)</sup>. Con l'avvento della chimica, che trasforma il linguaggio della medicina, lo sguardo sul vino e sui vini medicati muta, insomma, di tono. La metamorfosi del consenso per il vino, ridotto a banale bevanda alcolica, coincide con l'affermazione della civiltà industriale con tutti i disagi esistenziali che la caratterizzano incentivando, non ultimo, la moltiplicazione degli abusi alcolici. In altre parole, nella medicina della tradizione la consapevolezza dei danni conseguenti all'abuso di vino andava di pari passo con la sua valorizzazione in ambito alimentare ri-

conoscendo, nel contempo, valenze terapeutiche a tanti preparati dove la sua presenza aveva un ruolo fondamentale. La storia alimentare del vino e quella dei vini medicati va, ormai, perdendo terreno.

Ma il valore alimentare del vino, con il fascino conviviale che lo accompagna, si ripropone con insistenza: è, infatti, fondamentale la distinzione fra consumo adeguato ed abuso. Mantegazza, che ben distingue fra uso moderato ed abuso, ritiene irrinunciabile il consumo di vino e commenta che "l'azione igienica dei vini è troppo trascurata dai medici"<sup>(33)</sup>. Bizzozzero, d'altra parte, in una celebre conferenza dal titolo *Il vino e la salute*, nonostante nel titolo si alluda al vino, parla del solo alcool e dei suoi danni anche se "per combattere l'invasione crescente dei liquori" suggerisce di ricorrere al "vino buono ed a buon mercato": un impegno civile per un popolo, come quello italiano, che – a suo avviso – ha fatto della moderazione la "virtù prediletta"<sup>(34)</sup>. Luigi Messedaglia<sup>(35)</sup> è, invece, una voce autorevole fra quanti sottolineano il valore alimentare del vino assunto con adeguatezza; una presa di posizione che non esclude l'invito a lottare contro l'alcoolismo e contro il consumo di vini adulterati. Per la lotta contro le manipolazioni illecite, nocive sul piano igienico, Durso Pennisi propone un manuale dove ha raccolto "una esposizione completa e dettagliata di tutte le frodi che il vino può subire"<sup>(36)</sup>. Non mancano, naturalmente, gli scritti a favore del vino e della sua importanza nel mondo dell'arte e della poesia. Si pensi alla piccola monografia di Luigi Cerchiarì che scrive *L'elogio del vino*<sup>(37)</sup> e soprattutto alla monumentale *Storia della vite e del vino in Italia* di Marescalchi e Dalmasso dove non mancano pagine dedicate ai vini medicinali<sup>(38)</sup>.

In questi ultimi anni le conoscenze in merito alla composizione del vino e al suo metabolismo<sup>(39)</sup> vanno, comunque, approfondendosi: il vino, infatti, non è solo alcool ma contiene molte altre sostanze utili alla salute. Si tratta di un vero alimento, dotato, fra l'altro, di azione germicida ed anti-virale che, come ricorda Publio Viola<sup>(40)</sup>, ha avuto



ca href="https://it.freepik.com/foto-grafica/legno-foto-creata-da-Robert\_Studio - it.freepik.com/fo

qualche rilevanza nel tutelare la salute dei legionari romani che trovavano il vino nel loro rancio abituale. In ogni modo, intorno agli anni '80 del passato secolo il vino è al centro di un vivace dibattito che invita al corretto consumo. Panatta, al quale si deve l'Introduzione e la Conclusione della monografia *Il ruolo del vino nell'alimentazione dell'uomo e nella terapia medica*, stigmatizzando la confusiva assimilazione dell'alcool alle cosiddette droghe leggere, osserva che "il vino deve essere considerato come un vero e proprio alimento" non solo per l'apporto energetico ma anche per tutte le sostanze che contiene; nel contempo ribadisce l'importanza che gli compete nell'"azione protettiva contro la malattia coronarica"<sup>(41)</sup>. Questo vivace impegno nella difesa del vino è verosimilmente suscitato dalla constatazione dei diminuiti consumi sempre più evidente. In un "Simposio internazionale" tenuto a Verona nel lontano 1982 si registra, infatti, una rilevante contrazione del consumo di vino pro capite<sup>(42)</sup> e si cerca di coglierne le motivazioni che vanno dalla preoccupazione per la salute<sup>(43)</sup>, per chi identifica il vino con l'alcool, al rifiuto dei giovani che identificano il vino con i valori della tradizione<sup>(44)</sup>; corrono, infatti, gli anni della contestazione che coincidono con la diffusione delle tossicodipendenze. Chiara Stella, tuttavia, non condivide questa lettura del fenomeno in quanto, a suo avviso, i giovani non hanno rifiutato il vino ma piuttosto consumano prodotti di qualità; nel contempo contesta l'equazione che identifica il vino con l'alcool concludendo che "il vino sta all'alcool come lo zucchero al diabete"<sup>(45)</sup>. Lino Businco e Lucia Tucci sottolineano, del resto, l'effetto positivo del vino nell'alimentazione per la protezione che esercita nell'albero arterioso<sup>(46)</sup>. In ogni modo, l'interpretazione delle statistiche è sempre piuttosto elastica ed è verosimile che fra le motivazioni che hanno portato alla riduzione dei consumi siano intervenuti, accanto alle preoccupazioni per la salute o al rifiuto dei valori tradizionali, anche altri fattori inerenti alla trasformazione del lavoro, dove non sono più richieste prestazioni muscolari intense come nel passato, e qualche rilevanza in merito alla con-

trazione dei consumi si può attribuire anche alla eclissi della convivialità in quanto i pasti sono consumati sempre più rapidamente e diffusamente in qualche mensa. La questione del rapporto fra vino e salute è avvertita anche in Francia dove, in un convegno organizzato intorno alla metà degli anni '80, si mette a fuoco il modo corretto per accostarlo, distinguendo ciò che compete al vino da ciò che compete all'alcool<sup>(47)</sup>.

Si raccomanda che sia consumato ai pasti e con moderazione ricordando la complessità dei suoi componenti con innegabile valore alimentare senza scordare l'effetto terapeutico<sup>(48)</sup> e in particolare il suo valore protettivo contro i disturbi cardio-vascolari<sup>(49)</sup>. Gli stessi Lino Businco e Luigi Papo in una breve monografia – *Bere bene e moderatamente* –, illustrato il ruolo alimentare che compete alle bevande contenenti alcool, ricordano l'importanza che in terapia compete proprio al vino dotato di attività antimicrobica, grazie ai polifenoli presenti nei vini rossi, e soprattutto sottolineano la minor mortalità per malattie coronariche "nei Paesi di antica civiltà enologica"<sup>(50)</sup>. Una questione, quest'ultima, di innegabile rilevanza anche se, accanto al consumo di vino, per contrastare la malattia coronarica, può avere qualche rilevanza il particolare stile di vita, meno teso rispetto ad altri Paesi dalla quotidianità più stressante. Quando incalza il nuovo millennio l'identificazione del resveratrolo<sup>(51)</sup> presente nei vini rossi suscita un nuovo interesse conoscitivo e ancora una volta si fa il punto sulla *Natura e Nobiltà del Vino*<sup>(52)</sup>. Ed anche a Verona, negli ultimi lustri del '900, non sono mancate le iniziative volte ad orientare in maniera corretta il consumo<sup>(53)</sup>.

Mentre il succo fermentato d'uva è al centro di incessanti dibattiti, nel '900 l'interesse per i vini medicati va contrattandosi. Prodotti con l'aggiunta di resina<sup>(54)</sup> sono ancor oggi elaborati in Grecia, nel rispetto di consuetudini gastronomiche consolidate, ma non si tratta di questione dalla particolare rilevanza sanitaria.

Continua peraltro la produzione di qualche vino aromatizzato che, tut-

tavia, rientra fra gli aperitivi<sup>(55)</sup> ed ha poco da spartire con la farmacologia. D'altra parte, in un vasto trattato sulle *Piante medicinali*, dove sono elencate "tutte le piante della salute", si parla ancora dei vini alle erbe<sup>(56)</sup>, mentre Fiorani e Fedecostante in una dettagliata monografia – *Vini medicinali*<sup>(57)</sup> – propongono oltre duecento ricette di enoliti, preparati che si ottengono per soluzione o macerazione nel vino di sostanze medicamentose presenti nelle piante officinali: si tratta, in brevi parole, di vini medicinali preparati per i disturbi più diversi. Questi enoliti, che rientrano fra gli strumenti della medicina complementare<sup>(58)</sup>, possono essere, non di rado, dotati di consolidata efficacia permettendo una riduzione del consumo dei correnti prodotti di sintesi dell'industria farmaceutica di cui largamente si abusa come nel caso delle benzodiazepine. Penso coglie in questo rilancio delle piante medicinali l'influenza degli ecologisti dei giorni nostri che auspicano un ritorno alla natura<sup>(59)</sup>.

In breve, per concludere questa rapida carrellata su vino e medicina lungo la tradizione dell'Occidente si deve riconoscere che non solo il valore nutritivo del vino, assunto in quantità moderata, è stato colto con tempestività ma che nel contempo sono state segnalate le sue potenzialità salutifere, senza dimenticare la complessità dei danni connessi all'abuso. Gli stessi vini medicati hanno una lunga storia che va di pari passo con la storia del vino *tout court* nella pratica medica. In sintesi, per illustrare il conflitto fra effetti benefici e danni dovuti all'abuso si può ricordare, con Mantegazza<sup>(60)</sup>, il detto di s. Giovanni Crisostomo: "*Vinum Dei, ebrietas opus diaboli est*". Questa valutazione equilibrata fra effetti positivi e negativi resta valida fino all'età dell'illuminismo quando il caffè diventa la bevanda emblematica del tempo e quando s'impone il linguaggio della chimica che stigmatizzando l'alcool, con un approccio per lo meno riduttivo, rifiuta ogni bevanda che lo contiene.

Nell'ultimo '900, tuttavia, affiora una lettura più serena in merito al vino ed ai suoi effetti. Ai vini medicati, tuttavia, viene riconosciuto un

più modesto consenso rispetto al passato quando le piante officinali dominavano l'arsenale terapeutico. Ma, dato che corre il tempo del coronavirus, si può ricordare, come

commiato, quanto scriveva Francesco Pona, illustrando il contagio del 1630: "Ho un mio pensiero, che dal Frumento, dall'Uve, e dalle Ulive, si possan cavare quasi tutti, e forse

tutti i medicinali bisognosi all'human genere"<sup>(61)</sup>. Al vino, con le sue potenzialità anti-microbiche ed antivirali, era pertanto attribuito un ruolo non marginale.

## Riferimenti

1. H. ARNTZ, *Le vin et les civilisations preheléniques*, in *Colloque sur vin et civilisations*, Paris, C.I.L.O.P., 1983, pp. 13-33.
2. *Numeri*, 13, 23.
3. A. SCIENZA, *La viticoltura di Bardolino e del Garda Veronese tra storia ed attualità*, in *Il bardolino dai vigneti di qualità*, a cura di L. Bonuzzi, Verona, Consorzio Tutela Vino Bardolino, 2003, pp. 31-62.
4. IPPOCRATE, *L'antica medicina*, 3.
5. *Illiade*, XI, 638-643.
6. *Odissea*, IV, 219-221.
7. LUCA, 10, 33-34.
8. IPPOCRATE, *Il regime*, II, 52, 55.
9. A. C. CELSO, *Della medicina*, lib. II, cap. 18-24, trad. A. Del Lungo, Firenze, Sansoni, 1985, pp. 103 e seg.
10. PLINIO, *Storia naturale - Botanica*, lib. XIV, 3, 4, 7, 25, ed. it., Torino, Einaudi, 1984, vol. III\*, pp. 191, 193, 241, 215, 257, 259.
11. PLINIO, *Storia naturale - Botanica*, lib. XXIII, 4, 5, 22, ed. it., Torino, Einaudi, 1985, vol. III\*\*, pp. 363, 379.
12. *ib.*, lib. XXIV, 1, p. 461.
13. DIOSCORIDE, *Della Materia Medicinale*, a cura di P. A. Mattioli, Venetia, Valgrisi, 1563, pp. 654-671.
14. C. MENINI, *Il vino nella storia della medicina, in Il ruolo del vino nell'alimentazione dell'uomo e nella terapia medica*, Dozza, Società Italiana di Nutrizione Umana, 1982, pp. 13-25.
15. C. GALENO, *De Theriaca ad Pisonem*, a cura di E. Coturri, Firenze, Olschki, 1959, p. 67.
16. In GALENI *Libros Omnes Index copiosissimus*, Venetiis, Apud Vincentium Valgrisium, 1563, 292r - 293v.
17. HILDEGARD VON BINGEN, *Heilkunde*, a cura di H. Schipperges, Salzburg, Otto Müller Verlag, 1957, pp. 193, 210.
18. H. SCHIPPERGES, *Il giardino della salute - la medicina nel medioevo*, trad. A. Martini Lichtner, Milano, Garzanti, 1988, pp. 108 e seg.; G. LAURIELLO, *Ildegarda di Bingen e Trotula de Ruggiero: precorritrici dei tempi moderni*, "Biografie Mediche", 8, 2017, pp. 31-36.
19. *Regola sanitaria salernitana*, X, XVI, trad. F. Gherli, Salerno, Ente Provinciale per il Turismo, 1973, pp. 29, 32.
20. N. LATRONICO, *I vini medicinali nella storia e nella scienza*, con Presentazione di G. Dalmasso, Milano, Hoepli, 1947, pp. 61 e seg.
21. M. SAVONAROLA, *Libreto de tute le cose che se manzano*, a cura di J. Nystedt, Stockholm, Università di Stoccolma, 1982, pp. 55, 131-134.
22. M. FICINO, *De Vita*, I, Proemio; II, 15, 20; III, 24, a cura di A. Biondi e G. Pisani, Portenone, Biblioteca dell'Immagine, 1991, pp. 5, 161, 191, 399-401.
23. H. FRACASTORII, *De vini temperatura sententia*, a cura di L. Bonuzzi, Verona, Consorzio Tutela Valpolicella, 1986.
24. *Op. cit.* alla nota 13.
25. B. PISANELLI, *Trattato della natura de' cibi e del bere*, Venetia, Alberti, 1586, pp. 134-140.
26. C. DURANTE DA GUALDO, *Il tesoro della sanità*, a cura di D. Camillo, Milano, Sella e Riva Editori, 1982, pp. 200-210.
27. P. ZACCHIA, *Il vitto quaresimale*, Roma, Facciotti, 1636, pp. 8, 201, 253.
28. V. TANARA, *L'economia del cittadino in villa*, Venetia, Bertani, 1669, pp. 39-72.
29. A. VALLISNERI, *Dell'uso e dell'abuso delle bevande e bagnature calde o fredde*, Modena, Capponi Stampatore Vescovile, 1725.
30. E. CHAMBERS, *Vino*, in *Dizionario universale delle arti e delle scienze*, ed. it., Venezia, 1749, IX, pp. 146-151.
31. JAUCOURT, *Vino*, in *il Cibo e l'Alimentazione - Collezione dell'Enciclopedia*, a cura di C. Ferrari, Milano, Gabriele Mazzotta, 1981, pp. 122-130.
32. *Vino*, in *Dizionario compendiatore delle scienze mediche*, ed. it., Venezia, Antonelli, 1830, tomo XVII, parte II, pp. 263-266.
33. P. MANTEGAZZA, *Elementi d'Igiene*, Milano, Madella, 1912 (1 ed. 1864), pp. 74-77.
34. G. BIZZOZZERO, *Il vino e la salute*, Torino, Loescher, 1880, p. 41-
35. L. MESSEDAGLIA, *I pensieri di un medico sul vino*, "Vini Veronesi", II, 7, 1925, pp. 3-5.
36. A. DURSO PENNISI, *Vini non genuini*, Milano, Hoepli, 1931, Prefazione.
37. L. CERCHIARI, *L'elogio del vino*, Catania, Francesco Battiato, 1931.
38. G. DALMASSO, *Vini speciali - medicinali - artificiali*, in *Storia della vite e del vino in Italia*, a cura di A. Merescalchi e G. Dalmasso, Milano, Unione Italiana Vini, 1979, vol. III, pp. 355 e seg.
39. M. MESSINI, M. CAIRELLA, *Dietetica*, Roma, Società Editrice Universo, 1976, pp. 280-325; U. CAVALIERI, *L'alcool: un fattore di "controrischio" e di longevità?*, "Rassegna clinico-scientifica", 9-10, 1977, pp. 159-160.
40. P. VIOLA, *Il vino l'uomo e la medicina*, Roma, enopanorama, 1979, pp. 225-229.
41. G. B. PANATTA, *Introduzione e Conclusione*, in *Il ruolo del vino nell'alimentazione dell'uomo e nella terapia medica*, cit., pp. 11-12, 1982.
42. A. NIEDERBACHER, *Consumo e propaganda del vino in Italia*, in *Alimentation et Consommation du Vin*, Verona, Fondazione Sergio Bolla, 1983, pp. 51-57.
43. K. S. MOULTON, *I fattori che influenzano il consumo del vino: confronto fra Stati Uniti - Europa*, in *Alimentation et Consommation du Vin*, cit. pp. 79-91.
44. J. Y. HUGET, D. BOULET, *Problemi del consumo in Francia (Cause di diminuzione e metodi di valutazione del consumo di vino)*, in *Alimentation et Consommation du Vin*, cit., pp. 95-116.
45. C. STELLA, *Motivi di diminuzione del consumo di vino*, in *Alimentation et Consommation du Vin*, cit., pp. 133-144.
46. L. BUSINCO, L. TUCCI, *Il vino: nota di fisiologia e di patologia. Proprietà terapeutiche*, in *Alimentation et Consommation du Vin*, cit., pp. 157-164.
47. B. SERRON, *Premieres journees nationales "Vin et Santé"*, in *Vin et Santé*, "Revue française d'œnologie", Numero Special, 1984.
48. H. JOYEUX, *Un verre de vin au milieu de chaque repas. Pourquoi?*, in *Vin e Santé*, "Revue française d'œnologie", Numero Special, 1984, pp. 42-48.
49. J. MASQUELIER, *Les constituants du vin impliqués dans sa valeur hygienique*, in *Vin et Santé*, "Revue française d'œnologie", Numero Special, 1984, pp. 35-37.
50. L. BUSINCO, L. PAPO, *Bere bene e moderatamente*, Roma, Collegium Biologicum Europa, s. d., p. 13.
51. E. H. SIEMANN, L. L. CREASY, *Concentration of the Phytoalexin Resveratrol in Wine*, "Am. J. Enol. Vitic.", 1, 1992, pp. 49-52; F. MATTIVI, *Il contenuto di resveratrolo nei vini rossi e rosati trentini del commercio*, "Riv. Vitic. Enol.", 1, 1993, pp. 37-45.
52. AA. VV., *Natura e nobiltà del vino*, a cura di N. Siliprandi e R. Venerando, Venezia, Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti, 1996.
53. AA. VV., *Vino ed educazione alimentare*, a cura di L. Bonuzzi, Verona, Consorzi Tutela Soave e Valpolicella, 1983; AA. VV. *Vino e nutrizione. Fra storia e antropologia*, a cura di L. Bonuzzi, San Bonifacio (VR), Consorzio Tutela Soave e Recioto di Soave, 1991; AA. VV. *I vini di Soave: caratteristiche compositive e indicazioni dietetiche*, a cura di L. Bonuzzi, San Bonifacio (VR), Consorzio Tutela Soave e Recioto di Soave, 1995.
54. P. FOURNARIS, *Il vino dalla antica Grecia ad oggi*, trad. M. Faroldi Theodoridou, Atene, Toubis, 2008, p. 77.
55. M. CAUDENA, G. LANTIERI, *Amari, aperitivi e distillati d'erbe*, con *Lo schedario delle erbe, degli amari e dei liquori*, a cura di M. De Angelis, Roma, Newton Compton, 1973, p. 229.
56. R. EVANS SCHULTES et AL., *Il grande libro delle piante medicinali*, trad. C. Nicastro Trini, Milano, Vallardi, 1984, p. 159.
57. E. FIORANI, R. FEDECOSTANTE, *Vini medicinali*, con Prefazione di P. Roverti, Milano, Erboristeria Domani-Libri, 1981.
58. A. FORMENTI, *Fitoterapia*, in *Le medicine complementari*, a cura di P. Bellavite et AL., Varese, UTET, 2000, p.45.
59. G. PENSO, *Le piante medicinali. Nell'Arte e nella Storia*, trad. G. Pensò, Paris, CIBA-GEIGY, 1986, p. 210.
60. *Op. cit.* alla nota 33, p. 74.
61. F. PONA *Il gran contagio di Verona*, Verona, Merlo, 1631, pp. 69-70. (Edizione fotostatica a cura di G.P. Marchi, Verona, Centro per la formazione grafica, 1972).

# TATUAGGI

## Con qualche libera associazione

LUCIANO BONUZZI

Alcuni giorni or sono, mentre mi recavo a versare il compenso per una visita in una casa di cura del territorio, mi sono imbattuto in una impiegata dal volto gentile con gli occhi buoni ed intelligenti ma quando lo sguardo è sceso dal volto al collo sono stato turbato da un tatuaggio: un intreccio di linee nerastre evocava l'impertinza dei moscardini sfuggiti alla ghigliottina al tempo della Grande Rivoluzione; ed ancora, queste decorazioni - si fa per dire - scivolavano fino al seno deturpandone l'incanto. Tutto l'insieme sembrava la contestazione dei versi di Clément Marot: "*Tetin de satin blanc tout neuf, / tout qui fais honte à la Rose*"<sup>(1)</sup>. I seni, del resto, hanno goduto di grande fortuna non solo lungo l'immaginario dei poeti ma anche lungo la storia della pittura<sup>(2)</sup> e, naturalmente, la stessa medicina ha riservato loro grande attenzione come testimoniano le accurate ricerche di Alfonso Pluchinotta<sup>(3)</sup> ma anche altri saggi, più rapidi, che non dimenticano la ginnastica che è bene seguire per tutelarne l'aspetto<sup>(4)</sup>. Witkowski, in vecchi libri ancor oggi utili, sottolinea la rilevanza che compete loro lungo la storia della civiltà: ad un vero e proprio trattato, in due volumi, sull'allattamento seguono i saggi sull'importanza dei seni lungo la storia civile e lungo la tradizione ecclesiastica; e non sono dimenticati i tatuaggi<sup>(5)</sup>. L'ampiezza di questo interesse non stupisce in quanto, come scrive Ramón Gómez de la Serna, "i seni sono quanto di più plastico si trova all'interno dell'uomo". Fra tante possibilità, Ramon tuttavia non trascura di ricordare le sventure che fanno eco ai tatuaggi delle mammelle soprattutto quando documentano l'intraprendenza di chi le ha maneggiate<sup>(6)</sup>.

A dire il vero, il tatuaggio ora ricordato non è stato l'unico a colpirmi suscitando associazioni involontarie più o meno adeguate. Andando, al mattino presto, a fare qualche nuotatina nel lago, non lon-

tano dal mio alloggio, sono infatti incorso in un'altra suggestiva immagine: un sole dondolante tatuato a livello del coccige ma tagliato a metà da una sorta di orizzonte che era impersonato dall'elastico delle *culottes* che velavano le natiche di una giovane signora. Le associazioni involontarie stimulate da questa immagine sono state quanto mai confusive oscillando dal ricordo di Eschilo ai canti goliardici del passato. Non era, infatti, evidente se il mezzo sole offerto allo sguardo fosse rappresentato al tramonto o, invece, evocasse l'aurora, dita di rosa. Quando nei *Persiani* si spiega ad Atossa dov'è Atene, la patria dello spirito dell'Occidente, Eschilo fa dire al Corifeo che la città si trova "lontano, verso occidente, là dove tramonta il sole divino"<sup>(7)</sup>. Il mezzo sole evocava forse il tramonto del *logos* fra natiche dondolanti?<sup>(8)</sup> O, piuttosto, bisognava pensare al sole dell'avvenire, mentre si accinge ad illuminare la terra, di cui parlavano i canti goliardici del passato là dove Natascia e Svetlana ricordavano le loro gesta "laggiù nella verde steppa dove sorge il sol dell'avvenire."<sup>(9)</sup>. Difficile prendere posizione e concludere, con certezza, se il sole raffigurato fosse in procinto di sorgere o di tramontare.

È verosimile che ogni parte del corpo segnalata da qualche tatuaggio, e non solo i seni o la schiena, inviti alle associazioni più diverse che possono essere orientate dal contenuto del tatuaggio stesso o legate agli stravaganti pensieri dell'osservatore. In passato, almeno in Occidente, i tatuaggi erano meno diffusi e testimoniavano l'appartenenza a qualche corporazione o ostentavano qualche stigma, qualche situazione di inguaribile ed indelebile disagio. Un diffuso interesse erudito per questi segni che, senza possibili ripensamenti, marcano la cute sembra affiorare alla fine dell'Ottocento in coincidenza con le fortune del positivismo evolutivista che invita ad interpretazioni biologiche della criminalità: un mondo dove il tatuaggio sarebbe quanto

mai diffuso. Sono gli stessi anni in cui l'intraprendenza commerciale e la curiosità geografica conoscono nuovi impulsi che incoraggiano a visitare paesi lontani, registrandone i costumi fra i quali non manca la pratica del tatuaggio.

Il tatuaggio<sup>(10)</sup>, più largamente praticato delle scarificazioni o del cheloide, ha avuto grande diffusione in Africa e nell'America precolombiana rispondendo ad esigenze diverse: poteva servire a documentare l'appartenenza ad un clan, avere funzioni ornamentali o erotiche, ma anche rivelare il grado sociale di chi ne era portatore o sottolineare qualche merito. Non mancano le allusioni al tatuaggio nel mondo antico: Erodoto<sup>(11)</sup> racconta che per i Traci il tatuaggio sarebbe stato un segno di nobiltà; Plinio<sup>(12)</sup> riferisce del tatuaggio dei Daci e dei Sarmanti. Si tratta di pratiche che, nell'insieme, si possono intendere come l'espressione di consolidate consuetudini tribali. Larga fortuna ha avuto il tatuaggio erotico praticato con intenti cosmetici ma anche con esplicite aspettative in ambito sessuale. Boris de Rachewiltz<sup>(13)</sup>, descrivendo i costumi africani, sottolinea al proposito la rilevanza che compete a scarificazioni e tatuaggi nel valorizzare quelle parti del corpo che sono ritenute particolarmente invitanti e seducenti.

Accanto all'universo della cosmesi e della seduzione, il tatuaggio, come si è già accennato, ha conosciuto una particolare diffusione nel mondo della criminalità<sup>(14)</sup>. La questione è stata analizzata da Cesare Lombroso che, sullo scorcio dell'Ottocento, pubblica *Palimsesti del carcere*<sup>(15)</sup> che contiene scritti e disegni che ora decorano qualche ceramica ed ora sono abbandonati in qualche libro ma grande attenzione è riservata anche alle "decorazioni" del corpo umano. Non si possono peraltro accostare *tout court*, senza ininterrotte puntualizzazioni, i tatuaggi - interventi indelebili sul corpo umano - con altre espressioni figurative

per quanto rivelino contenuti sovrapponibili. Sarebbe come porre sullo stesso piano i tatuaggi del tempo corrente con le invettive<sup>(16)</sup> con cui vengono, qua e là, imbrattati muri ed edifici urbani. Lombroso, comunque, riserva esplicita attenzione al problema anche ne *L'uomo delinquente*<sup>(17)</sup>. Analizzando la frequenza statistica del fenomeno rileva come sia più frequente nei militari lombardi e piemontesi per una probabile suggestione storica - a dire il vero, un po' fantasiosa - che rimanda all'epoca dei Celti. Fra le cause che sottendono questa pratica ricorda la suggestione religiosa e lo spirito d'imitazione ma il tatuaggio testimonia anche lo spirito di vendetta che è incoraggiato dall'ozio che domina il tempo che si trascorre nelle carceri. Il fenomeno viene interpretato facendo riferimento all'atavismo ed alla tradizione: si tratterebbe, in altre parole, di "uno dei caratteri speciali dell'uomo primitivo e di quello in istato di selvatichezza". In ogni modo, il tatuaggio sarebbe piuttosto raro nel malato di mente: un motivo che permette di distinguere il pazzo dal delinquente. Non mancano, però, i tatuaggi negli epilettici ma, come puntualizza l'antropologo torinese: "Lo stesso uso del tatuaggio che differenzia spiccatamente il criminale dal pazzo, in cui scarseggia, ricompare nei pazzi criminali"<sup>(18)</sup>.

Queste decorazioni sarebbero, in brevi parole, uno stigma di anti-socialità. Nel trattato di Tanzi e Lugaro<sup>(19)</sup> si ricorda, ancora una volta, che può trattarsi del segno di un particolare disturbo della personalità: l'immoralità costituzionale. Ma, in ambito psichiatrico l'interesse per queste figure sbiadisce progressivamente, quanto più si allontana l'età di Lombroso. In anni più recenti De Vincentiis<sup>(20)</sup> ribadisce, tuttavia, il rapporto fra tatuaggio e disturbi di personalità e ricorda come, in qualche caso, possa trattarsi di una manifestazione nevrotica di natura emotivo-conflittuale.

Negli ultimi lustri, il tatuaggio, quanto mai diffuso, assume nuovi significati rispetto al passato, proprio per la sua diffusione estesa a ogni gruppo sociale. Con il tatuaggio si vuole, per lo più, testimoniare l'appartenenza a qualche gruppo assegnando al corpo tatuato la funzione di testimoniare il proprio orientamento ideologico: l'esistenza, infatti, è mediata ed attuata mediante il corpo proprio. E il corpo tatuato è un'emittente di messaggi che, ad un tempo, esprimono partecipazione e condivisione di alcuni valori ma inevitabile, e non sempre consapevole, dissenso nei confronti di altre regole volte ad orientare la vita.

Questa nuova pulsione al tatuaggio trova qualche radice nelle regole della cultura "Hippy" e nello spirito sessantottino quando l'improvviso benessere, dopo i faticosi trascorsi bellici, ha invitato a prendere le distanze dal passato ed a scrollarsi di dosso i valori ed i costumi della generazione precedente. Questa spinta al cambiamento è fatalmente accompagnata da una perdita d'identità culturale, non solo personale ma anche sociale: del resto, non vi sono più confini e il mondo diventa sempre più multi-etnico e cioè multi-etico. La comunicazione è ormai dominata dalle immagini che sostituiscono la parola che è l'elettivo strumento della ragione. Sembra di assistere alla fine di un'epoca; e, fra tanti motivi, anche le fortune del tatuaggio testimoniano il cambiamento.

La questione peraltro è banalizzata, nel suo insieme, da mia nipote Annetta per la quale si tratta di semplice moda: i ragazzi, a suo avviso, ricorrono al tatuaggio per dare qualche prova di coraggiosa indipendenza, mentre le ragazze vi ricorrono con intenti estetico-cosmetici<sup>(21)</sup>. Ma - commenta, ancora una volta, Annetta - si tratta di pratica che presenta un rovescio di medaglia in quanto tatuarsi è un po' come scegliere di portare la stessa maglietta lungo tutta la vita.

## Note e richiami bibliografici

1. Clement Marot, *Le beau ténin*, in *Lodi del corpo femminile*, con Introduzione di G. Raboni, Milano, Mondadori, 1984, p. 82.
2. Si vedano, al proposito, le immagini proposte in *Donne d'acqua* (a cura di P. Ghedina e C. Caneva, Milano (VE), Comune di Abano Terme, 1999) e in *Incanto e anatomie del Seno* (a cura di A. Pluchinotta, Milano, Charta, 1997) dove Balan Nambiar (p. 23) parla dei segni cicatriziali delle artigiate amorose di cui narra il *Kamasutra*; artigiate che pur non essendo assimilabili in senso proprio al tatuaggio, tuttavia, lo evocano. Cicatrici che si possono intendere come vere e proprie espressioni di sadismo (Kaliana Malla, *Kama Sutra - Arte d'amore indiana*, trad. C. Resmini, Roma, Edizioni Mediterranee, 1967, pp. 118-119.)
3. Alfonso Pluchinotta, *Storia illustrata della senologia*, s. I., Ciba-Geigy Edizioni, 1989.
4. Yves Lefevre, *Il seno*, Roma, Bizzarri, 1973.
5. Witkowski, nella sua raccolta di aneddoti in tema di senologia, ricorda come in passato il tatuaggio al seno sarebbe stato una sorta di timbro per designare le donne della galanteria professionale (G.-J. Witkowski, *Anecdotes historiques et religieuses sur les seins et l'allaitement comprenant l'histoire du décolletage et du corset*, Paris, Maloine, 1898, p. 95). In un saggio più recente un vero e proprio capitolo è riservato al tatuaggio chiarendo che questi interventi a livello mammario sarebbero relati-

- vamente rari per la particolare sensibilità della cute. Sono, peraltro, illustrati alcuni tatuaggi che coprono il torace maschile: soldati inquadrati in compagnie di disciplina o arruolati nella Legione straniera etc. Ma sono ricordati anche personaggi illustri, commentando che il tatuaggio non è più "il vestito dei selvaggi e dei criminali; ma è anche diffuso nell'alta società" (Id., *Le seins dans l'histoire*, Paris, Maloine, 1903, pp. 42-50).
6. Ramón Gómez de la Serna, *Seni*, con uno scritto di O. Vergani, Milano, ES, 1991, pp. 12, 119-120.
  7. Eschilo, *Persiani*, a cura di F. Ferrari, Milano, BUR, 1987, p. 79.
  8. Sono stati, del resto, descritti, a livello delle parti nascoste del corpo, tatuaggi che hanno forma di drago con la bocca idonea a stritolare; si tratta, peraltro, di raffigurazioni elaborate in contesti culturali lontani dall'Occidente. (Jean-Luc Hennig, *Breve storia delle natiche*, trad. G. Pavanello, Milano, ES, 1995, pp. 66-71).
  9. Nei paesi del socialismo reale si usava chiudere le finestre fissando in basso un semicerchio da cui partivano i raggi solari, naturalmente in ferro. Sicurezza e decorazione convergevano nell'orientare lo sguardo verso la luminosità del futuro. Questa interpretazione mi è stata fornita in Georgia dove non mancano le finestre così elaborate.
  10. Nello Puccioni, *Tatuaggio - Etnografia*, in *Enciclopedia Italiana*, Roma, Treccani, 1937, vol. XV, pp. 331-334.

11. Erodoto, *Storie*, V, 6.
12. Plinio, *Storia naturale*, XXII, 2.
13. Boris de Rachewiltz, *Eros nero. Costumi sessuali in Africa dalla preistoria ad oggi*, Milano Longanesi, 1963, pp. 129-132.
14. Raffaele Corso, *Tatuaggio - Folklore*, in *Enciclopedia Italiana*, Roma, Treccani, 1937, vol. XV, p. 334.
15. Cesare Lombroso, *Palimsesti del carcere*, Torino, Bocca, 1891.
16. In merito ai 'tatuaggi' con bombolette spray dei muri - interventi intesi come espressione della cultura corrente - si veda il saggio di Alessandro Marchiori e Carlo Padovani, *Muro sverginate - Muro beato. Giretto per le scritte sui muri livornesi*, Livorno, San Benedetto, 1990.
17. Cesare Lombroso, *L'uomo delinquente*, Torino, Bocca, 1889, vol. I, pp. 287-323.
18. Id., Torino, Bocca, 1896, vol II, pp. 169, 295.
19. Eugenio Tanzi, Ernesto Lugaro, *Trattato delle malattie mentali*, Milano, Società Editrice Libreria, 1923, vol. II, p. 746.
20. Giovanni De Vincentiis, *Il tatuaggio ed altri profili antropologici*, Roma, Bulzoni, 1970, pp. 80 e seg.
21. La durata del tatuaggio è però non di rado un inconveniente, a meno che non si voglia ricorrere a qualche complicato sistema di raschiatura. (Bernard Rudofsky, *Il corpo incompiuto - Psicopatologia dell'abbigliamento*, trad. E. Capriolo, Vicenza, Mondadori, 1975, p. 142).

# G20 salute, Anelli (Fnomceo): “Bene accesso universale ai vaccini sancito da Patto di Roma”

*“Forte apprezzamento e sostegno, da parte dei medici, per l’impegno, assunto, con il Patto di Roma, dal G20 salute, di assicurare l’accesso ai vaccini a tutta la popolazione mondiale, supportando i paesi in via di sviluppo, e di rilanciare l’impianto universalistico dei servizi sanitari”.*

Ad esprimerli, il presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, Filippo Anelli, che commenta le dichiarazioni rilasciate ancora pochi minuti fa dal Ministro della Salute Roberto Speranza.

*“Garantire l’accesso universale ai vaccini è una scelta lungimirante e solidale, che la Fnomceo indica da tempo – spiega Anelli -. Risponde non solo a ragioni etiche, ma è anche una precisa strategia di sanità pubblica, ineludibile in un mondo globalizzato, nel quale nessun paese è isolato, neppure dal punto di vista epidemiologico e della circolazione del virus. Plaudiamo dunque al Ministro Speranza per averla proposta e sostenuta”.*

*“Allo stesso modo, abbiamo apprezzato le parole del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella che, intervenendo ieri a Pavia, ha spostato il dibattito sulla vaccinazione dal piano politico a quello del dovere civico e morale, e ha duramente condannato le aggressioni e le intimidazioni a medici, scienziati e giornalisti – continua Anelli -. È vero: vaccinarsi è un dovere civico, perché rende sostenibile il sistema di cure offerto dal nostro servizio sanitario nazionale, liberando posti e risorse per curare anche le altre patologie. Se la vaccinazione diminuisce i ricoveri, se diminuisce la possibilità di finire in terapia intensiva, e se tutti siamo vaccinati, si posso-*

*no tornare a programmare interventi chirurgici, a smaltire le liste d’attesa, a curare anche tutto quello che non è Covid. La vaccinazione è lo strumento, inoltre, che permette di prefigurare, finalmente, il ritorno a una vita normale”.*

*“Apprezziamo dunque questo tipo di interventi, che conferiscono prestigio all’Italia sulla scena internazionale – continua Anelli -. E che, all’interno del paese, mettono un punto a ogni strumentalizzazione politica su tematiche che devono rimanere di pertinenza scientifica e medica: penso alla vaccinazione, ma anche al dibattito sulle terapie, alla proposta di ‘protocolli’ standard e paralleli a quelli approvati, non validati da prove e non calibrati sul singolo paziente, dopo una visita o comunque da parte del medico che lo ha in cura e lo conosce. Pratiche che vengono ‘accarezzate’ da taluni e proposte come alternativa alla vaccinazione. E che, per farsi largo, usano l’odiosa tattica di creare una frattura tra i medici – additati come ‘allineati al sistema’ o accusati di essere poco presenti e attenti – e i cittadini”.*

*“Ricordiamo che il medico deve seguire il Codice deontologico che, all’articolo 13, regola la prescrizione - conclude -. Atto professionale che deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sul rispetto dei principi di efficacia sicurezza e appropriatezza e deve far seguito a una diagnosi circostanziata. Il medico, in ossequio ai principi di autonomia e responsabilità, può prescrivere farmaci non ancora registrati, o approvati per dosaggi o usi diversi, purché la loro tollerabilità ed efficacia sia scientificamente fondata e i rischi siano proporzionati ai benefici.*

*A maggior ragione, può certo disattendere o integrare un protocollo emesso dagli enti preposti, se la situazione clinica del paziente lo richiede. Tali protocolli e linee guida costituiscono infatti soltanto un supporto all’attività professionale del medico, che resta libera, autonoma e indipendente. In nessun caso, però, può adottare e diffondere pratiche diagnostiche o terapeutiche delle quali non sia resa disponibile idonea documentazione scientifica e clinica, valutabile dalla comunità professionale e dall’autorità competente. Né deve adottare o diffondere terapie segrete”.*

## **MEDICI NO-VAX**

Roma, 21 set. (Adnkronos Salute) - Sono attualmente 767 i medici sospesi per non essersi ancora vaccinati contro Covid-19. Dall’inizio le sospensioni comunicate alla Fnomceo (Federazione nazionale Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri) da 55 Ordini sono state 1.016. Di queste, 249 sono state poi revocate per l’avvenuta vaccinazione. Ad aggiornare i numeri è la stessa Fnomceo.

# Progetto di aggressione al Ministro Roberto Speranza, la solidarietà del Comitato Centrale Fnomceo. Anelli: “Competenze humus democrazia”

“Solidarietà al Ministro della Salute Roberto Speranza, oggetto di un progetto di aggressione da parte di alcuni estremisti no-vax, come riferito dalla Polizia di Stato”. Ad esprimerla, per voce del Presidente Filippo Anelli, il Comitato Centrale, l'organo di governo della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, riunito in queste ore a Roma.

“Ringraziamo il Ministro per l'impegno incessantemente speso per contrastare la pandemia – afferma Anelli -. Impegno che ha comportato e comporta anche l'assunzione di posizioni e iniziative che possono risultare impopolari o scomode, ma che hanno, sempre, come obiettivo la tutela della salute”.

“Pieno sostegno, dunque, da parte della Federazione al Ministro, al Presidente del Consiglio Mario Draghi, di cui è stato reso pubblico un presunto indirizzo di casa, a tutto il Governo e al Parlamento, altro obiettivo sensibile preso di mira nella chat oggetto di indagine – continua Anelli -. Solidarietà e un ringraziamento anche ai giornalisti,

che assicurano una corretta informazione, strumento di grande valore per la gestione dell'emergenza, e sono, per questo, oggetto di intimidazioni, di aggressioni, di tentativi anche violenti di 'silenziarli'. Supporto e tutela ai nostri medici, aggrediti per aver sostenuto la campagna vaccinale”.

“Quella che serpeggia nelle chat, anche in quelle ostentatamente pubbliche, sui social network, nelle dirette di Facebook, YouTube, Instagram, è una forma di violenza subdola e strisciante, inedita per i mezzi attraverso i quali si esprime ma già tristemente vista per genesi e modalità - argomenta -. Una violenza a sfondo ideologico, che nasce da una polarizzazione del dibattito volta a trasformare la scienza e la medicina in terreno di scontro. Una violenza che mira a intimidire, a minare sicurezza e serenità, a infondere timore per indurre al silenzio”.

“Un clima, questo, che ci preoccupa tanto quanto le aggressioni fisiche, e che è terreno fertile per esplosioni di rabbia e di odio – conclude Anelli -. La solidarietà, il fare ciascuno la propria

parte, la valorizzazione delle diverse competenze, il dialogo sono, al contrario, l'humus della democrazia. Democrazia che si fonda, nel nostro paese, su un sistema di diritti e di doveri, e sul lavoro, cioè sulle competenze, dei cittadini. È per questo che lo Stato affida agli Ordini la tutela dei diritti che, per essere garantiti, hanno bisogno delle competenze dei professionisti.

E agli Ordini dei medici affida, attraverso il controllo del corretto esercizio della professione, la tutela del diritto alla salute, all'uguaglianza, e la garanzia dei diritti inviolabili, cui fa da contrappeso il dovere della solidarietà”.

“È dalla banalizzazione delle competenze che nascono, da una parte, le fake news e, dall'altra, la violenza verso i professionisti, visti come terminali del sistema, e verso i rappresentanti delle istituzioni – conclude Anelli-. Perciò è, oggi più che mai, fondamentale quel patto, che la Fnomceo da tempo auspica, di alleanza sociale tra medici, giornalisti, insegnanti, avvocati, intellettuali, cittadini, per ricostruire, sulla base di valori condivisi, non solo le nostre professioni, ma la stessa società civile”.

## 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.

## Modello D entro il 15 settembre

L'Enpam ha rinviato a metà settembre il termine di presentazione del modello D, con il quale i medici e gli odontoiatri devono dichiarare i redditi da libera professione prodotti nel 2020. Nato come modulo cartaceo, oggi è una dichiarazione che si fa esclusivamente nella propria area riservata online, riempiendo pochi campi e con pochi clic.

Lo **slittamento della scadenza, dal 31 luglio al 15 settembre**, è legato a una norma statale che ha rinviato a quella stessa data il termine per pagare alcune imposte. La conseguenza è che molti iscritti, dovendo farsi calcolare le imposte, solo in vista di quella data avranno a disposizione i dati utili per compilare il modello D Enpam. Di qui, per non creare disagio a nessuno, i tempi supplementari. Attenzione però a non oltrepassare il 15 settembre perché per il ritardo scatterebbe una sanzione di 120 euro.

**QUALI REDDITI DICHIARARE:** I redditi da dichiarare all'Enpam sono i compensi, gli utili, gli emolumenti derivanti dallo svolgimento in qualunque forma dell'attività medica e odontoiatrica o di attività comunque attribuita all'iscritto in ragione della particolare competenza professionale. Non vanno invece dichiarati i redditi già assoggettati a contribuzione obbligatoria presso altre gestioni previdenziali (a meno che il datore di lavoro non si sia sbagliato, com'è accaduto in alcuni casi con i contratti Covid-19 agli specializzandi.

**SOGLIA COPERTA DALLA QUOTA A:** I contributi di quota A coprono una prima parte del reddito libero-professionale; l'Enpam chiederà quindi i contributi di quota B solo sulla parte eccedente. Quando si dichiara il proprio reddito all'Enpam non va tolta la parte di reddito eventualmente coperto dalla quota A, perché il sistema fa il calcolo da solo. Non è tenuto a presentare il modello D chi nel 2020 non ha prodotto reddito libero professionale oppure l'ha prodotto ma sotto la soglia della quota A. La soglia di esenzione, che è personalizzata in base alla contribuzione versata e all'eventuale data di iscrizione o pensionamento, viene indicata nell'area riservata al momento di fare la dichiarazione.

Tuttavia, è sempre consigliabile compilare il modello D per evitare possibili errori o sanzioni. I pensionati che non pagano più la quota A devono sempre fare il modello D, a meno che il reddito libero professionale sia stato pari a zero. „

Nel modello D va indicato l'importo del reddito professionale al netto delle spese sostenute per produrlo. Le spese da sottrarre al reddito corrispondono a quelle deducibili fiscalmente. Si raccomanda comunque di consultare il proprio commercialista.

**CAUTELE:** Nel modello D non vanno inseriti i compensi percepiti dalle aziende sanitarie nell'ambito di un rapporto di convenzione/accreditamento con il Servizio sanitario nazionale. In questi casi, infatti, si è già assoggettati a contribuzione Enpam (presso il fondo, appunto, della Medicina convenzionata e accreditata) e non è dovuta un'ulteriore contribuzione alla gestione della libera professione (fondo di previdenza generale – quota B). Non devono nemmeno essere conteggiati altri introiti, come per esempio eventuali sussidi per malattia o l'indennità di maternità. Nel caso di adeguamenti tributari (es: gli ex studi di settore), non c'è bisogno di dichiarare un importo più alto di quello che si è realmente avuto.

## Esonero Contributivo: cosa c'è da sapere

Migliaia di medici e dentisti quest'anno potranno non pagare i contributi previdenziali Enpam. Come noto, infatti, sarà lo Stato a farsene carico per i professionisti che hanno determinati requisiti, purché completino correttamente l'iter di richiesta. Vediamo i passi da compiere.

### VERIFICA

Al momento ciò che si può fare è verificare di essere in regola con il pagamento dei vecchi contributi. Per farlo è possibile entrare nell'area riservata del sito Enpam e cliccare su "Regolarità contributiva" che si trova nel riquadro

"Servizi in evidenza" (oppure nel menu "Domande e dichiarazioni online").

Se dovesse risultare qualche problema, è opportuno fare domanda di regolarizzazione **immediatamente** (bastano pochi clic), poiché sono necessari dei tempi tecnici per ricevere un piano di rientro e i relativi bollettini. Una disposizione di legge ha infatti stabilito esplicitamente che **gli eventuali pagamenti per mettersi in regola dovranno essere fatti entro il 31 ottobre 2021** (che è lo stesso giorno entro cui si deve fare domanda di esonero). Questo significa che chi non

si attiva con largo anticipo potrebbe ritrovarsi al 1° novembre 2021 con una situazione ancora irregolare e - come stabilisce la legge - potrà vedere la propria domanda di esonero respinta.

### NECESSARIO RIFARE DOMANDA

Per ottenere l'esonero contributivo occorrerà fare espressamente richiesta, sempre attraverso l'area riservata del sito Enpam, entro il 31 ottobre 2021.

**Nei prossimi giorni il modulo di domanda verrà modificato** per adeguarlo ad alcuni dettami introdotti dal decreto ministeriale di attuazione (uscito il 27 luglio 2021) e ad altri chiarimenti del ministero del lavoro (arrivati il 29 luglio). **Anche chi ha già fatto domanda dovrà ripresentarla.** Appena il modulo di domanda modificato sarà disponibile online, quest'articolo sarà aggiornato per darne notizia.

GABRIELE DISCEPOLI

# Il maresciallo di don Primo

ANTONIO SARTORI

Il libro **ANTONIO SARTORI “Il maresciallo di don Primo” di Lorenzo Sartori (Mazziana editore, Verona 2020 pp. 158)** è un *memoir* molto coinvolgente che dimostra, una volta di più, come le parole siano sempre necessarie a suggerire i sentimenti e i ricordi personali.

Oltre alle drammatiche vicende familiari narrate, purtroppo non insolite in quegli anni cruciali per le sorti del no-

stro paese, il testo è di sicuro interessante almeno per due aspetti: la ricostruzione della vicenda istriana-dalmata nel periodo fra il 1920 e il 1954 e la figura di don Primo Mazzolari parroco di Bozzolo in provincia di Mantova.

Al di là della solidarietà umana per gli esuli istro-dalmati, gli autori italiani che se ne sono occupati generalmente enfatizzano la brutalità dei partigiani balcanici e l'ingiusta cacciata degli

italiani (ma l'accoglienza della madrepatria non fu un granchè, anzi...) secondo lo stereotipo “italiani brava gente”. Che però non pare sia valso nel periodo della nostra occupazione e ancor meno durante la seconda guerra con i durissimi campi di concentramento non solo per i resistenti, tipo quello di Arbe (Rab) che ebbero percentuali di morti fra i prigionieri davvero impressionanti, ma anche per i civili.

Viceversa gli autori sloveni e croati riferiscono della giusta cacciata dei fascisti dalla loro terra e minimizzano gli eccidi delle foibe. Sartori tratta la materia con sufficiente equilibrio. Mancano solo l'incendio da parte di squadracce fasciste della casa del popolo sloveno, il *narodni dom* di Trieste del 1920 e la squallida e operettistica occupazione di Fiume da parte dei cosiddetti “legionari” di Gabriele d'Annunzio, ma non sono state taciute le vessazioni italiane nel ventennio di occupazione.

Ho inoltre particolarmente apprezzato il modo in cui Lorenzo Sartori ha delineato la figura umana di un gigante del pensiero cattolico come don Primo Mazzolari, il prete partigiano, presentandolo come un “curato di campagna” con tre sole certezze: l'insegnamento di Cristo, il sincero e fermo antifascismo e la determinazione ad aiutare i perseguitati, gli oppressi e i discriminati per la diversità di razza.

Chiudo queste poche righe raccogliendo la bonaria provocazione dell'autore (Serendipità come un prologo) definendo la storia delle sorti della famiglia Suric-Sartori come un paradigma della *peripeteia* ovvero del rovescio improvviso di fortuna, del repentino capovolgimento delle cose.

CARLO MARCHI

