

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica

In questo numero:

**La Giornata del Medico e dell'Odontoiatra
tra premi e riflessioni pag. 9**

**Collaborazione dell'OMCeO di Verona
con la Scuola di Medicina e Chirurgia
dell'Università di Verona pag. 14**

**L'etica dell'accompagnamento
nella fase finale della vita pag. 23**

**Dove porta l'espansione delle attività
dei farmacisti? pag. 26**

VERONA MEDICA

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

Anno LVII n. 3 SETTEMBRE 2022

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

ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VERONA



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

Direttore Responsabile
Roberto Mora

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

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

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

Revisori dei Conti
Vania Teresa Braga, Pasquale Cirillo

Revisore dei Conti Supplente
Marco Barbetta

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

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

Foto di Copertina
Mercatino di San Zeno
Roberto Mora

INSERZIONI PUBBLICITARIE SU VERONA MEDICA

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

EDITORIALE

4 Impressioni di settembre

NOTIZIE DALL'ORDINE

7 Verballi del Consiglio e delle Commissioni

9 La Giornata del Medico e dell'Odontoiatra tra premi e riflessioni

ALBO ODONTOIATRI

12 Verballi della Commissione Odontoiatri

AGGIORNAMENTO

14 Collaborazione dell'OMCeO di Verona con la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona

BIOETICA E MEDICAL HUMANITIES

23 Etica dell'accompagnamento nella fase finale della vita

ATTUALITÀ

25 Questione medica. Fuga dal SSN e prepensionamenti. Cosa sta succedendo dopo due anni di pandemia

26 Dove porta l'espansione delle attività dei farmacisti?

28 Fascicolo Sanitario Elettronico, Silvestro Scotti: «In Gazzetta Ufficiale un attacco inaccettabile alla categoria»

29 Loop temporale sanitario lungo 30 anni

PROFESSIONE E LEGGE

34 Medici e infermieri: ruoli distinti e sinergici

35 Aggiornamento sulle misure di quarantena e isolamento

36 Aggiornamento delle modalità di gestione dei casi e dei contatti stretti di caso COVID-19

37 ECM: Provvedimenti amministrativi per chi non sarà in regola

STORIA DELLA MEDICINA

38 Il vino e i filosofi (ATTUALITÀ DI UN'ANTICA QUESTIONE)

FOMCeO

40 Responsabilità professionale, la Fnomceo in audizione alla Camera

41 Calabria, Anelli (Fnomceo): «Medici cubani soluzione emergenziale, occorre risposta strutturale e complessiva»

42 Gli Ordini siano lasciati fuori dalla bagarre elettorale

43 Linee Guida FSE, la Fnomceo scrive ai Ministri: «Non siamo stati coinvolti. L'analisi del contesto è errata, lontana dalla realtà professionale»

44 Odontoiatri con laurea all'estero: uno su quattro dei nuovi iscritti

45 Il vento è cambiato: la salute è tornata ad essere centrale e la Professione medica strategica

47 Giornata mondiale del medico di famiglia

ENPAM

48 Aumenta il sostegno per i figli degli iscritti Enpam

48 Borse di studio per l'università ai figli dei liberi professionisti

49 Autonomia Casse, quella spinta all'indietro che minaccia (anche) l'Enpam

LIBRI RICEVUTI

52 Endo e Resto (PROCEDURE CLINICHE DI SUCCESSO)

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

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

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

Impressioni di settembre

Oggi, dopo due anni di pandemia, vorrei condividere con Voi alcune osservazioni sulla condizione attuale del SSN e della nostra professione, anche alla luce di questa insolita estate di campagna elettorale che volge al termine.

Per i più giovani vorrei ricordare che il 1978 fu un anno importante per la Sanità italiana, a quel tempo guidata dal ministro della Salute Tina Anselmi. Vennero promulgate la legge 180 (la legge Basaglia, che chiuse definitivamente gli ospedali psichiatrici) e la legge 194 che regola l'interruzione di gravidanza, e si compì un grande atto di civiltà con la nascita del Servizio Sanitario Nazionale, che con l'introduzione nell'assistenza sanitaria dei principi di universalità e solidarietà garantiva a tutti la possibilità di curarsi, indipendentemente dalle condizioni economiche e dal ceto sociale.

Oggi per noi è normale ricevere cure per un tumore, essere operati di bypass, potersi sottoporre a un trapianto d'organo senza spendere nulla. Ma in molte altre parti del mondo, anche in Paesi cosiddetti ricchi, avere una malattia grave può significare indebitarsi, vendere la casa, perdere tutto. Nel suo libro *Quello che serve. Un racconto tra malattia, cura e SSN* (Manni editore, 2022) Massimo Cirri scrive: *"In Italia un malato di cancro non deve temere di rimanere povero perché abbiamo il SSN [...] Tra le varie paure che ti assalgono nel corso della giornata, dalla paura della morte, a quello che succederà ai tuoi figli, ne manca una: quella di rimanere senza soldi a causa delle cure. Nel mondo capita..."*.

Oggi la domanda che spesso ci poniamo è se il SSN sia ancora in grado di fare fronte alle richieste di una popolazione che sta invecchiando sempre di più. Alla fine del 2021 gli ultracentenari erano quasi 18.000; ma al di là di questa coorte geneticamente se-

lezionata, stiamo andando verso una società nella quale gli ultrasessantenni costituiscono la maggioranza.

È noto che la popolazione Italiana è fra le più longeve al mondo, tuttavia è meno noto che si tratta di una popolazione che invecchia male. La terza e poi la quarta età sono accompagnate da un carico di patologie che richiede terapie croniche, un'assistenza domiciliare da potenziare e una presa in carico multidisciplinare. Questo tipo di invecchiamento pone nuove sfide, in termini socio-assistenziali, organizzativi e di programmazione, e tutto ciò comporterà un impegno sempre maggiore per il nostro Sistema Sanitario. È quest'ultimo adeguatamente "attrezzato" per far fronte a queste spese sempre più onerose? A questa domanda si può cercare di rispondere andando a vedere quanto il nostro Stato spende per la Sanità.

La percentuale di PIL dedicata alla Sanità in Italia è molto bassa, prossima al 6.5% (12° posto in Europa) che secondo l'OCSE è il valore-soglia al di sotto della quale si riducono l'aspettativa di vita, l'accesso alle cure e la qualità dell'assistenza sanitaria. In Italia la spesa pro capite è di circa 3.000 euro, inferiore alla media europea di 4.000 euro pro capite. Inoltre, esistono gravi disuguaglianze di spesa da regione a regione, che si ripercuotono sui trattamenti e si traducono in valori diversi dei principali indicatori di salute, primo fra tutti una diversa aspettativa di vita.

Ma se parliamo di finanziamenti per il SSN, dovremo distinguere tre periodi storici: il passato, compreso fra il 2010 e il 2019; il presente, rappresentato dal periodo pandemico (2020-2022); e il futuro, rappresentato dal PNRR.

Fra il 2010 e il 2019 abbiamo assistito a un definanziamento del SSN con tagli lineari delle spese. "Chi tagliava di più, era più bravo", ha tristemente

sintetizzato il presidente della Conferenza Stato-Regioni, Massimiliano Fedriga, lo scorso maggio a Roma durante un convegno organizzato dalla FNOMCeO. A questi tagli indiscriminati si sono sommati il blocco del *turn over*, la mancata o comunque inadeguata ricognizione delle necessità dei servizi di Pronto Soccorso, della Medicina d'urgenza, Pediatria e Rianimazioni, che ha causato una errata programmazione del fabbisogno in termini di medici, e un numero di borse di studio per gli specializzandi inadeguato, che ha provocato l'imbuto formativo attualmente risolto grazie ad un sensibile aumento delle borse di studio stesse. Questo definanziamento, rappresentato da un aumento della spesa per il SSN di 8.2 miliardi di euro, ovvero con un tasso di crescita prossimo allo zero, se depurato dell'inflazione, ha portato il SSN sull'orlo del baratro alla fine del 2019. Con l'inizio della pandemia sono caduti i vincoli finanziari ed il governo, con i vari Decreti (Cura Italia, Rilancio, Agosto nel 2020, Sostegni, Sostegni bis, DL 105 nel 2021 e Bollette nel 2022), si è impegnato a stanziare un finanziamento straordinario di oltre 9 miliardi di euro, spalmati nel triennio 2020-2022, che però sono stati totalmente impiegati per fare fronte all'emergenza sanitaria.

In pratica, se valutiamo il finanziamento pubblico nei due periodi suddetti, quindi nell'arco temporale compreso fra il 2010 e il 2022, possiamo osservare che l'aumento medio è stato pari al 2.30% rispetto ad un'inflazione media dell'1.98%, dunque possiamo definirlo un finanziamento prossimo allo zero.

"Dal punto di vista finanziario, non sembra si intenda dare luogo a un effettivo rafforzamento strutturale del SSN, ma sarebbero piuttosto confermate le precedenti scelte di allocazione delle risorse, che ponevano l'Italia tra i Paesi europei con spesa sanitaria meno elevata e in progressiva riduzione",



ha concluso il presidente dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio il 23 novembre 2021, di fronte alle Quinte Commissioni congiunte del Senato e della Camera dei Deputati.

Ancora più esplicito è stato il Papa, che il 4 giugno 2022 ha ricevuto i dirigenti della Confederazione di Federsanità sottolineando come "Questa sanità è una ricchezza, non perdetela. Il SSN deve essere aperto a tutti, senza malati di serie A e di serie B". E con la consueta franchezza ha affermato che "I tagli alla sanità sono un oltraggio all'umanità".

Il futuro è rappresentato dal PNRR, il Piano nazionale di ripresa e resilienza, approvato a Bruxelles, che erogherà 7 miliardi di euro da spendere in 5 anni per cambiare il modello della nostra assistenza sanitaria. I cinque pilastri del piano prevedono: le "Case delle Comunità"; gli "Ospedali di Comunità"; le "Cure domiciliari"; le "Centrali Operative Territoriali" (COT); i "Medici di famiglia".

Molte di queste strutture nella nostra Regione già esistono (magari con altre denominazioni) e andranno implementate, mentre un certo tipo di assistenza territoriale è già presente e andrà sviluppata. Il problema non saranno i contenitori, quanto il contenuto di queste strutture. Mi riferisco all'emergenza personale: la nuova Sanità territoriale richiederà un cospicuo numero di operatori (fra medici, infermieri operatori sanitari) compreso fra 26.000 e 30.000, che al momento non ci sono e, soprattutto, non sono previsti dal PNRR. In questa situazione preoccupante, di definanziamento

della Sanità pubblica e di incertezza per la possibilità/necessità di realizzare quanto ci chiede l'Europa, si inseriscono alcune cupe considerazioni sullo stato della professione medica.

Oggi la professione non è più allettante come un tempo, per svariati motivi: economici, di diritti, condizioni di lavoro disagiate e scarse prospettive di carriera. Tutto questo crea una "fuga" dal Pubblico che accentua gli effetti di una programmazione sbagliata. Prevediamo un buco di almeno due anni, necessari per avere un adeguato numero di medici che saranno disponibili a partire dal 2025. Nel frattempo c'è il rischio, reale, che le AULSS ricorrono alle Cooperative per gestire le UOC dove le carenze sono più marcate (Urgenza ed Emergenza su tutte), assumendo spesso medici non specialisti, o con curricula incerti, che però costano il doppio alle Aziende.

Come Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri abbiamo elaborato alcune proposte, riportate di seguito, che riteniamo indispensabile discutere ad un tavolo tecnico attorno al quale ci sia confronto e sinergia di azione fra Regione, Ordini dei Medici e Università. I punti salienti sono l'aumento del numero dei MMG in formazione, che restano il cardine imprescindibile della assistenza territoriale; l'espansione della rete formativa per gli specializzandi anche negli ospedali spo- le, così come previsto dal Ministero dell'Università e Ricerca; la richiesta alle cooperative, da parte delle AULSS, di fornire dei requisiti minimi professionali e di adempiere a determinati obblighi che siano stati allegati al contratto di appalto.

Concludo questo mio intervento portando alla vostra attenzione le osservazioni del presidente della fondazione GIMBE, Nino Cartabellotta.

"Le criticità già rilevate nel 2019 sul Servizio Sanitario Nazionale sono ancora lontane dall'essere risolte e la pandemia, oltre a non aver mollato la presa, inizia a far vedere i suoi effetti a medio-lungo termine: ritardo nell'erogazione di prestazioni sanitarie, impatto del long-COVID, conseguenze sulla salute mentale, depauperamento e demotivazione del personale. Tra gestione della pandemia, attuazione del PNRR, necessità di riforme strutturali, recupero delle prestazioni sanitarie e gestione ordinaria di oltre 130 miliardi di spesa pubblica, la prossima legislatura sarà determinante per il destino del SSN: per questo è indispensabile rimettere la sanità al centro dall'agenda di Governo a prescindere dall'esito delle urne, perché il diritto costituzionale alla tutela della salute non può essere ostaggio di ideologie partitiche. A fronte delle complesse sfide sulla sanità pubblica che attendono il nuovo Esecutivo, il nostro monitoraggio indipendente restituisce un quadro decisamente deludente. Se da un lato alcune tematiche (riforma della sanità territoriale, potenziamento del personale sanitario, superamento delle liste di attesa) sono comuni alle principali coalizioni e schieramenti politici, dall'altro per la combinazione di ideologie partitiche, scarsa attenzione per la sanità e limitata visione di sistema, le proposte sono frammentate, spesso strumentali, non sempre coerenti e senza alcuna valutazione dell'impatto economico. E, cosa ancora più inquietante, nessuna forza politica ha elaborato un adeguato piano di rilancio per la sanità pubblica, coerente con gli investimenti e le riforme del PNRR, in grado di contrastare la privatizzazione al fine di garantire a tutti i cittadini il diritto costituzionale alla tutela del nostro bene più prezioso: la salute".

Parrebbe proprio che due anni e mezzo di pandemia non abbiano insegnato molto ai nostri politici: vedremo che cosa ci riserva l'autunno, avremo modo di riparlare.

CARLO RUGIU



S.MNC SCALIGERA

SCUOLA MEDICINE
NON CONVENZIONALI

CORSO TRIENNALE DI

Agopuntura Tradizionale Cinese

La Scuola S.MNC Scaligera è nata con l'obiettivo di avvicinare la classe medica ad un' **interpretazione olistica dell'approccio con il paziente**, fornendo un adeguato bagaglio culturale per una **crescita professionale particolarmente qualificata nel contesto delle discipline non convenzionali**.

Dal 2016 S.MNC Scaligera organizza Corsi di Agopuntura Tradizionale Cinese **riservati a Medici Chirurghi e Odontoiatri**.

Per l'anno 2022/2023 è in programma la **nuova edizione del Corso Triennale in Agopuntura Tradizionale Cinese (A.T.C.)**: organizzato presso l'Università di Verona, (min. 15 max 30 partecipanti), il Corso si articola in 10 fine settimana -il sabato e la domenica- da novembre 2022 a ottobre 2023 (esclusi luglio e agosto).

Iscrizioni aperte: www.smncscaligera.it

PROGRAMMA DIDATTICO

Il Corso è concepito, per quanto riguarda il monte ore (minimo 400 ore teoriche e 100 pratiche) nel rispetto delle indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano (rep. atti 54/CSR del 07/02/2013).

L'impostazione teorico-pratica del programma soddisfa le direttive **"Who guidelines on basic training and safety in acupuncture"** (Organizzazione Mondiale della Sanità - O.M.S.).

Alle lezioni teoriche in aula, la Scuola può abbinare la **formazione a distanza via web (FAD)**.

I corsi attribuiranno, a chi ne farà richiesta ed a seguito del superamento di un test di apprendimento, **25 crediti ECM**.

Responsabile Didattico
Dott. Rosario Pugliarello

I nostri corsi sono organizzati con il patrocinio di:



UNIVERSITÀ
di VERONA
Dipartimento
di NEUROSCIENZE,
BIOMEDICINA E MOVIMENTO



FNOmCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



Ordine dei
Medici
Chirurghi
e degli
Odontoiatri
della provincia
di Belluno



Ordine dei
Medici
Chirurghi
e degli
Odontoiatri
della provincia
di Treviso



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGI E
DEGLI ODONTOIATRI
di VERONA
VERONA MEDICA



Verbali del Consiglio e delle Commissioni

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 18 MAGGIO 2022

Presenti: C. Ruggiu, A. Tomezzoli, L. Cordioli, F. Orcalli, G. Accordini, E. Boscagin, U. Luciano, F. Gobbi, L. Formentini, M. Barbetta, S. Bellamoli, F. Facincani, V. Braga, G. Carrara, A. Elio, R. Maffioli, D. Gobbi.

Assenti: A. Guglielmi, C. Pastori, A. Musso, F. Bertaso.

1) LETTURA ED APPROVAZIONE VERBALE DEL CONSIGLIO DEL 13 APRILE 2022

Non ci sono osservazioni e il consiglio approva all'unanimità.

2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

- Il Presidente riferisce sul consiglio nazionale FNOMCeO del 21 Aprile con interventi di Cartabellotta, rappresentanti sindacali, i ministri Fedriga e Speranza.
- Il presidente prosegue congratulandosi con tutti per il successo dell'assemblea del 27 Aprile per l'approvazione del bilancio consuntivo 2021, successo soprattutto in termini di presenza.
- È stato convocato il tavolo di lavoro tra ULSS 9 e sindacati della medicina generale e del territorio per la guardia medica nelle ore diurne. Erano presenti anche il garante della privacy, l'avvocato Gobbi e il DPO
- Il presidente sottolinea come siano migliorati i rapporti tra Ordine dei

Medici, Medicina del territorio e Università grazie al coordinamento della dott.ssa Pastori.

- il Presidente comunica inoltre che nella giornata odierna è stato mandato un comunicato stampa al giornale l'Arena in relazione al nuovo decreto regionale sull'assunzione dei medici in formazione specialistica.

3) dott.ssa Boscagin presentazione della proposta di **registro della medicina estetica** presentato dalla Prof. Zerman dell'università di Verona. L'iscrizione al registro per alcune specialità è automatica (chirurghi plastici, chirurghi maxillo-facciali, odontoiatri) per altri sarebbe invece subordinata all'acquisizione di un master specifico; il master proposto dalla Prof. Zerman è organizzato dalla società scientifica di medicina estetica da lei presieduta. Dopo una breve discussione sull'argomento il consiglio si esprime all'unanimità contrario alla istituzione del registro.

4) Dott.ssa Braga – Presentazione Protocollo d'Intesa sul Femminicidio: vedi allegato

La dott.ssa Braga propone di iniziare con un corso informativo per i medici sullo stato delle cose che organizzerà in collaborazione con la commissione cultura e aggiornamento coordinata del dott. Orcalli. Il protocollo e le iniziative proposte vengono approvate all'unanimità.

5) Dott.ssa Tomezzoli

- Presentazione documento congiunto sull'utilizzo delle cooperative nella Sanità Veneta "Poche luci e tante ombre": vedi allegato. Il documento viene approvato all'unanimità e verrà chiesta la condivisione con gli altri ordini dei medici e degli odontoiatri del Veneto.
- Aumento di stipendio ad una dipendente: approvato all'unanimità l'aumento di stipendio per la dipendente Elisabetta Costerman per un totale annuo di 5010 euro comprensivo di contributi e tredicesima mensilità, ed un netto mensile di euro 200.
- Preventivo per rifacimento audio video "Sala Fazzini": viene approvato all'unanimità il preventivo di

spesa presentato da Zecchini che ammonta a 12805 euro.

- Presentazione della assicurazione proposta dalla FNOMCeO con UNIPOL SAI per colpa grave e tutela legale per i componenti degli organi istituzionali degli ordini provinciali. L'adesione è volontaria; la polizza proposta è consultabile in segreteria.
- il 31 maggio p.v. scade la prima rata della quota dovuta alla FNOMCeO del 2022 pagabile solo attraverso la piattaforma Pago P: la somma dovuta è di 62.541,60 euro.

6) Delibere amministrative Delibere dei mesi di agosto-settembre-ottobre-2021; approvazione delle delibere amministrative all'unanimità (delibere già approvate automaticamente dalla approvazione in sede assembleare del bilancio consuntivo 2021)

7) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI - CHIRURGI

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

Dott. CASTELLANI Luca
Dott.ssa MODENA Giulia
Dott.ssa PERBELLINI Angela

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. COSENTINI Vincenzo da Udine
Dott.ssa HUBOVA' Martina da Palermo
Dott. MANEA Lorenzo da Vicenza
Dott.ssa PORZIO Giuliana da Torino

Cancellazioni per trasferimento:

Dott. RIZZO Jacopo a Milano

Cancellazione su richiesta:

Dott.ssa GAROFANO Tiziana

Cancellazione per decesso:

Dott.ssa BRENELLI Gisella
Dott. GUGLIELMI Giampaolo

ODONTOIATRI

Prima iscrizione:

Dott. VICENTINI Mauro

Cancellazioni per decesso:

Dott. DE GIORGIO Vito

8) VARIE ED EVENTUALI

- a) il dott. Orcalli ricorda che è in programma il 28 Maggio sulla piattaforma FAD di Motus Animi il webinar: "Buon uso del sangue e degli emoderivati: aspetti clinici e organizzativi".
- b) Il dott. Cordioli ricorda che sono state spedite le lettere di convocazione per la prima parte della giornata del medico che si terrà il 3 settembre presso la Gran Guardia.

Il consiglio termina alle ore 22.00

VERBALE DI CONSIGLIO STRAORDINARIO ONLINE DEL 28 GIUGNO 2022

Convocazione ore 18.30

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

1) LETTURA ED APPROVAZIONE VERBALE DEL CONSIGLIO DEL 18 MAGGIO 2022

Non ci sono osservazioni e il Consiglio approva all'unanimità.

2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

In assenza del Presidente, presiede il Consiglio il Vicepresidente dott. Lucio Cordioli.

3) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI - CHIRURGI

Prima iscrizione:

Prima iscrizione art. 102 del D.L. n.18 del 17/03/2020:
Dott.ssa BALLOTTIN Benedetta
Dott. FRANCESCHINI Andrea
Dott.ssa SUPPI Silvia
Dott.ssa TODESCHINI Gemma
Dott. VACCA Vittorio

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott.ssa CADORE Camilla da Vicenza
Dott.ssa MENKULAZI Marsela da Perugia

Cancellazioni per decesso:

Prof.ssa BASSETTO Maria Antonietta
Dott. TOAJARI Angelo

Cancellazioni per morosità:

xxxxxxxxx

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

ODONTOIATRI

Cancellazione su richiesta:

Dott. PAVELESKU Oktavian Viorel

4) Varie ed eventuali

Il dott. Cordioli mette al corrente il Consiglio sullo stato di avanzamento dell'assemblea annuale e 50 anni di Laurea, spiegando che è stata organizzata per 2 giornate, il 3 settembre mattina e pomeriggio per gli anni 2020-2021 e il giorno 5 novembre per il 2022, si valuteranno le presenze, e si deciderà per il solo pomeriggio, comunica che ha concordato per l'intermezzo musicale, i musicisti sono un gruppo di medici; il Consiglio approva all'unanimità.

Il Consiglio termina alle ore 19.30

VERBALE DELLA RIUNIONE VERBALE DI CONSIGLIO STRAORDINARIO ONLINE DEL 13 LUGLIO 2022

Convocazione ore 18.30

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

1) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

Reiscrizione del dott. xxxxxx il quale è stato cancellato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Vero-

na in data 02/04/2019, per morosità di diverse annualità dovute, di quote collegiali, la delibera di cancellazione gli è stata formalmente comunicata in data 11/04/2019, come prevede la legge. Il dott. xxxxxx aveva contattato il nostro ufficio e gli era stata confermata la Sua posizione debitoria nei ns. confronti, il sanitario ha provveduto al pagamento delle quote dell'Ordine arretrate, ripresentando la domanda di iscrizione. Il Consiglio approva l'iscrizione all'unanimità.

Il Presidente comunica al consiglio il nominativo dei medici sospesi a cui revocare la sospensione e dei medici da sospendere.

REVOCA SOSPENSIONE

SOSPENSIONE

Il Consiglio approva.

Il consiglio online termina alle ore 19.00

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.

La Giornata del Medico e dell'Odontoiatra tra premi e riflessioni

Dopo due anni di pausa forzata a causa della pandemia, i Medici e gli Odontoiatri veronesi sono tornati a riunirsi in presenza, sabato 3 settembre al palazzo della Gran Guardia, per la tradizionale Giornata del Medico e dell'Odontoiatra, il momento istituzionale più importante dell'Ordine dei Medici chirurgici e Odontoiatri della provincia di Verona.

Da anni il significato più profondo della ricorrenza è l'incontro tra generazioni, il simbolico passaggio di testimone tra i colleghi più esperti e i giovani neo laureati e abilitati che, pronunciando il Giuramento di Ippocrate, entrano a pieno titolo nella professione.

L'evento, condotto dalle giornaliste Silvia Beltrami e Simonetta Chesini, è stata l'occasione per recuperare le annate del 2020 e del 2021, saltate a causa delle restrizioni anti Covid. Sono stati premiati 41 professionisti senior che nel 2020 e 2021 hanno celebrato il traguardo dei 50 anni dalla laurea, a ciascuno dei quali è stata consegnata la medaglia ordinistica come riconoscimento per aver contribuito a rendere la sanità veronese un'eccellenza. Inoltre, sono stati chiamati a pronunciare il Giura-



Il Presidente OMCeO Carlo Rugiu

mento di Ippocrate 182 neo laureati e abilitati che si sono iscritti all'Ordine di Verona nelle stesse annate. È già in programma per sabato 5 novembre un'altra Giornata dedicata ai neo abilitati del 2022 e ai senior che festeggiano quest'anno il mezzo secolo di laurea.

La Giornata del Medico e dell'Odontoiatra è un appuntamento celebrativo, ma anche di riflessione sulla riorganizzazione della Sanità veneta alla luce del PNRR e sullo stato della

professione tra la carenza di personale e le preoccupazioni di tanti colleghi, anche liberi professionisti, per le condizioni lavorative e gli eccessivi adempimenti burocratici che portano via tempo prezioso all'attività clinica.

«Il Veneto è una delle regioni che risente maggiormente della carenza di medici, anche per effetto della gobba pensionistica che sta provocando una consistente fuoriuscita di sanitari dal sistema», ha sottolineato durante il suo intervento il presidente dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri, Carlo Rugiu. «Passeranno altri due o tre anni prima di poter far fronte a questa carenza grazie a un'infornata di nuovi camici bianchi.

Nel frattempo l'aumento del numero di medici di medicina generale e l'ampliamento della rete formativa anche agli ospedali Spoke possono costituire un cardine per dare ossigeno alla Sanità territoriale e ospedaliera. Ma perché ciò avvenga, la Regione deve collaborare attivamente e in sinergia con gli Ordini dei Medici e le Università di Padova e di Verona».



Il pubblico in sala



La lettura del Giuramento Professionale



Il pubblico in sala

«Sul fronte dell'assistenza», ha aggiunto, «si apre uno spiraglio grazie al PNRR, che ha stanziato sette miliardi di euro da spendere in cinque anni per modificare l'assetto del modello attuale attraverso la creazione delle Case di comunità e degli Ospedali di comunità, una spinta decisa all'innovazione per i medici di famiglia, lo sviluppo delle cure domiciliari e delle Centrali operative territoriali per mettere in rete e far dialogare il Pronto soccorso con il 118 e i medici di medicina generale».

A fare gli onori di casa, assieme al presidente OMCeO, Ruggiu, anche la presidente della Commissione Albo Odontoiatri (CAO) Elena Boscagin, che nel suo saluto introduttivo ha puntato i riflettori sulla trasformazione digitale in Odontoiatria.

«Non è il futuro, ma il presente», ha evidenziato. «L'innovazione nella cura del paziente, nella diagnosi e nel trattamento porta convenienza e sicurezza sia ai pazienti che ai professionisti. Il nostro settore è sempre più consapevole dell'efficacia della tecnologia di ultima generazione».



I neolaureati

MEDICI DECEDUTI NEL 2020

1. JIHAD YOUSEF DAKHIL ABAWI
2. LUIGI ANDRI
3. PIETRO BARBA
4. GASTONE BISSOLI
5. EZIO BONFANTE
6. GIOVANNI CAMPO
7. LORIS ATTILIO CARLI
8. PAOLO CARLUCCIO
9. GIULIO CAVALLO
10. GIUSEPPE CORNAGLIA
11. MARIO DAL MONTE
12. FERDINANDO DE CRESCENZO
13. PAOLO DE VESZELKA
14. GIANCARLO DOTTI
15. LUIGI FERRARI
16. EMILIANA FINCATI
17. LORENZO FRANCESCHINI
18. LUIGI FRANCHETTI
19. AGOSTINO FRATTON
20. GIANFRANCO GELMI
21. FRANCESCO GERMENIA
22. PIETRO GRAZIANI
23. STEFANO ISCHIA
24. BRUNO LANZONE
25. CLAUDIO LORENZI
26. GUIDO MANSOLDO
27. GIUSEPPE MANZINI
28. FLAVIO MARCHI
29. GIUSEPPE MARINI
30. RAYMOND MARTINA
31. LUCIANO ITALO MENEGAZZI
32. PAOLO MENEGON
33. GALINA NIKOLAEVA
34. GIORGIO PAGANI
35. ALFREDO PANATO
36. SANDRO PERINI
37. GABRIELE PERLINI
38. CARLO MATTEO PERUZZINI
39. DANIELE PICCINI
40. PIER GIORGIO PRAVADELLI
41. DANIELA ROMITO
42. GIANFRANCO SARDEI
43. MARIA ROSA SCAVAZZA
44. MICHELE SCHINELLA
45. LEONARDO SILLETTI
46. FRANCESCO STASI
47. ANTONINO SZIARTO
48. ROSARIO TRICOMI
49. SERGIO VESENTINI
50. LUCIANO VETTORE
51. STEFANO VIANINI
52. ABDUL KARIM ZAHER

MEDICI DECEDUTI NEL 2021

1. GIORGIO ALBENGA
2. VITTORIO ANTONINO
3. CARLO FERRUCCIO AZZINI
4. DARIO BASEVI
5. GIORGIO BERTON
6. LUIGI BERTONI
7. GIANFRANCO BONFANTE
8. TEODORO CAMPERIDIS
9. LUISA CAREGARO
10. CORRADO CASTELLI
11. REMO CONFENTE
12. CARLANTONIO CRIVELLARO
13. NICOLA DALLA PELLEGRINA
14. GIUSEPPE DANDRIA
15. CARLO DE BATTISTI
16. ENZO DONATI
17. GIOVANNI FABRIANO
18. CATERINA FARRONATO
19. GRAZIANO GHIRELLI
20. SANDRO MAGAGNOTTO
21. DARIO MARCONI
22. GIOVANNI BATTISTA MASTELLA
23. ROBERTO MORGANTE
24. MICHELE MUGGEO
25. DARIO ORSOLATO
26. ERALDO OSTI
27. LUIGI PETTENELLA
28. FABIO PRIANTE
29. RENE' MAURICE PUIGUIAN
30. GIORGIO REDOMI
31. TOMMASO ROBERTO
32. ERNESTO ROSSI
33. GIAN PAOLO ROSSI
34. SALVATORE SALVATO
35. GIORGIO SBARDELLATI
36. FRANCESCO SIMONOVICH
37. PIERO STELLA
38. LEONARDO TARALLO
39. ARIE TIEGER
40. NICOLA STEFANO TUZZA
41. BRUNA VAONA
42. CARLO VERZE'
43. MAURIZIO ZAMBONI
44. ROBERTO ZANOTELLI
45. PIERINO ZARDINI

MEDICI FESTEGGIATI PER I 50 ANNI DI LAUREA

1. ABRESCIA FABRIZIO
2. ALBERTO ANTONINO
3. AMBROSI MAURIZIO
4. ANTONELLO OSCAR
5. BATTAGLINI PIERPAOLO
6. BENUSSI PAOLO
7. BONATO RENATO
8. CARTOLARI IGNAZIO
9. CHIARAMONTE MARIA
10. COGO LEONARDO
11. COVI GRAZIA
12. DAL NEGRO ROBERTO
13. DANDER BRUNHILDE
14. DEAN FRANCO
15. FACCIOLE FRANCO
16. FAGGIONATO GINO
17. FAKES BOULOS
18. FARACI FRANCESCO
19. FARINAZZO ADRIANO
20. FRATUCCELLO GIOVANNI
BATTISTA
21. GIARETTA GHERARDO
22. GIUDI GIANCESARE
23. LESCOVELLI MANUELA
24. MAFFEI FILIPPO
25. MANTOVANELLI LEONARDO
26. MEGLIO MARIO
27. NOGARIN LIVIO
28. ORCALLI FRANCESCO
29. OTTAVIANI ALBERTO
30. PASETTO ALBERTO
31. PERBELLINI SANDRO ANGELO
32. PERRONE FERNANDO
33. PETROSINO LUIGI
34. PIAZZA FEDERICO
35. POLIZZI GIOVANNI
36. PUGLIESE PEPPINO
37. ROTTA LUCIANO
38. SAURO GIUSEPPE
39. SCALA GIACOMO
40. TRABUCCHI CARLO
41. TURCO PAOLA
42. ZANONI FULVIO

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 7 GIUGNO 2022

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

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

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

1. Osteonecrosi dei mascellari – Brescia. il Presidente informa i presenti sul corso che si terrà il prossimo 30 giugno al quale parteciperà in videoconferenza;
2. Il Presidente relaziona i presenti sulla riunione della CAO Nazionale i tenutasi lo scorso 10 giugno a Cagliari;
3. Il Presidente informa che la CAO Nazionale ha attivato un nuovo servizio di newsletter al momento aperta solo i presidenti CAO territoriali;
4. Il Presidente informa di aver partecipato, lo scorso 20 maggio nell'ambito dell'evento Exponential, in qualità di moderatore al convegno scientifico organizzato dalla CAO Nazionale dal tema "La malattia parodontale e le implicazioni con la malattia diabetica";
Prende la parola il dr. Bovolin:
- il dr. Bovolin riferisce sull'iniziativa promossa da A.S.S.O. - Associazione Società Scientifiche Odontoiatriche che si sta occupando di un progetto riguardante le Fake news in odontoiatria. il dott. Pace e il dr. Luciano approfondiranno l'argomento e ne daranno relazione alla prossima CAO.

- Il dr. Bovolin relaziona i presenti sulla circolare pervenuta dalla CAO Nazionale avente come oggetto: "segnalazione su pubblicità sanitaria e conseguenze deontologiche derivanti dal trattamento ortodontico con allineatori trasparenti";
 - Il dr. Bovolin informa i presenti sulla circolare n. 119 della FNOMCeO avente come oggetto "incompatibilità iscrizione Albo Odontoiatri per doppi laureati iscritti al altro albo professionale". Il Dr. Bovolin terrà aggiornati i presenti sugli sviluppi della vicenda.
5. Il Presidente informa che è pervenuta una comunicazione da parte dell'Accademia italiana di Odontoiatria Legale e Forense che riguarda l'Albo dei CTU in materia Odontoiatrica. Il Presidente da incarico al dr. Zattoni di approfondire l'argomento e relazionare alla prossima CAO.

RELAZIONI ISTRUTTORIE:

Vengono poi esaminate due relazioni istruttorie. Una di esse comporta nuovo invito a colloquio per sanitario già precedentemente sentito, l'altra egualmente sarà seguita da colloquio, esercitato dal Vicepresidente dott. Bovolin, poiché un sanitario avente già caso aperto per possibile procedimento disciplinare, è stato anche denunciato da paziente per fatti da valutarsi.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 19 LUGLIO 2022

Presenti: Bovolin, Boscagin, Luciano, Zattoni
Assenti giustificati: Pace

Lettura ed approvazione verbale precedente: il verbale della seduta precedente viene approvato con una modifica.

Il dott. Bovolin per sopraggiunti impegni improvvisi lascia la riunione.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

- Il Presidente informa i presenti di aver partecipato da remoto al corso "Osteonecrosi dei mascellari" organizzato dall'OMCeO di Brescia il 30 giugno scorso.
- Il Presidente informa che la CAO di Rovigo, a seguito del decesso del Presidente Bruno Noce, ha comunicato la nuova composizione della Commissione Albo Odontoiatri.
- Commissione d'esame per ASO – il Presidente informa che il componente designato per la commissione d'esame ASO è il dr. Franco Zattoni.
- Il Presidente informa i presenti sul nuovo Decreto Interministeriale n. 568/2022 – "disciplina transitoria LM-46 – Odontoiatri e protesi dentaria", che prevede la nomina, da parte della FNOMCeO su indicazione dell'OMCeO, di 4 nominativi (2 effettivi e 2 supplenti). I membri nominati sono: dott. Bovolin e dott. Zattoni (effettivi) e dott. Luciano e dott. Pace (supplenti).
- Il Presidente riferisce che è pervenuta una segnalazione da

parte dell'OMCeO di Cosenza riguardante i portali "dottore" e "Mio dottore". Il Presidente da lettura della segnalazione e si riserva una più attenta valutazione del materiale pervenuto. La vicenda è nota a livello nazionale e pertanto si attendono le relative decisioni in merito.

- Prende la parola il Vicepresidente dr. Bovolin che espone varie comunicazioni:

1 - Sunshine act: il disegno di legge che porta questo nome e che in breve sintesi comporterà, quando e se verrà approvato, l'obbligo da parte di tutti gli eventi culturali scientifici e da parte di tutti i relatori congressuali di dichiarare anticipatamente il loro coinvolgimento commerciale e quindi economico in modo che i discenti ne siano a conoscenza, viene accolto molto favorevolmente da tutti i presenti;

2 - Comunicazione FNOMCeO n. 119 riguardante l'incompatibilità

di iscrizione all'Albo Odontoiatri e Albo Medici per i doppi laureati suscita incomprensione e perplessità da parte dei membri CAO che non possono tuttavia far altro che prendere atto di questa incongruenza;

3 - Comunicazione FNOMCeO che segnala pubblicità sanitaria e conseguenze deontologiche derivanti da trattamento ortodontico con allineatori trasparenti non gestita direttamente dal professionista nello studio, ma come ormai spesso avviene, gestita attraverso invio di dati digitali via web e con ritorno di apparecchiature ortodontiche personalizzate ma progettate e gestite sempre da programmi informatici, quindi in totale assenza di intervento del clinico. Il parere decisamente contrario di CAO Nazionale trova favorevoli tutti i presenti che si regoleranno di conseguenza;

3 - Laurea abilitante in Odontoiatria, si prende atto dell'introduzione

del nuovo processo di abilitazione che avrà pieno regime dal 2023.

- Prende la parola il dott. Luciano che espone il progetto promosso da A.S.S.O. (Associazione Società Scientifiche Odontoiatriche) atto a indirizzare e mettere sull'avviso il cittadino verso le possibili fake news in odontoiatria. L'intento è quindi di informare il cittadino in merito ai più comuni quesiti in ambito odontoiatrico.

RELAZIONI ISTRUTTORIE:

Vengono prese in esame quattro relazioni istruttorie. Due di esse, essendo conseguenti verbali per sopralluoghi dei NAS, portano alla necessità di riconvocare a colloquio i sanitari per chiarimenti. Una sarà seguita anch'essa da convocazione a colloquio per chiarimenti su pubblicità, mentre una si esaurirà con una lettera di raccomandazioni del Presidente.

PIANO VOUCHER ANCHE PER I MMG

Il decreto del Ministro dello Sviluppo Economico 27 aprile 2022, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 19 maggio estende il Piano Voucher anche alle "persone fisiche titolari di partita IVA che esercitano, in proprio o in forma associata, una professione intellettuale ai sensi dell'art. 2229 del codice civile,...". Anche i medici di medicina generale potranno così accedere alla misura che prevede l'erogazione di un voucher connettività per abbonamenti ad internet ultraveloce.

La misura prevede l'erogazione di un contributo che potrà variare in considerazione delle diverse caratteristiche di connettività e in presenza di step change (inteso quale incremento della velocità di connessione) rispetto al livello di connettività eventualmente già disponibile.

*Sono previste quattro diverse tipologie di voucher, a seconda di parametri prestazionali (velocità massima in download e banda minima garantita) relativi all'offerta attivata, con importi compresi tra un **minimo di 300 euro ed un massimo di 2.500 euro di durata pari a 18 o 24 mesi.***

I beneficiari potranno richiedere il voucher direttamente ad uno qualunque degli operatori accreditati sul portale dedicato al voucher, attivato da Infratel Italia (società in-house del MISE), fino ad esaurimento delle risorse stanziato e, comunque, non oltre il 15 dicembre 2022.

Collaborazione dell'OMCeO di Verona con la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona

All'inizio di marzo di quest'anno, il prof. Cristiano Chiamulera, Presidente del CdLM in Medicina e Chirurgia, ci informava che "nello scorso Consiglio della Scuola sono state approvate le "Linee guida per il conseguimento del titolo del Corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia (LM-41)", redatte ai sensi dei regolamenti di Ateneo e del *Protocollo di intesa tra la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) e la Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina Chirurgia per lo svolgimento della Laurea abilitante in Medicina e Chirurgia* (approvato nella seduta del Consiglio della Scuola di Medicina e Chirurgia del 17 giugno 2021).

I punti salienti delle linee guida erano costituiti da:

ART. 6 - DISCUSSIONE DELL'ELABORATO E NORME PER L'ATTRIBUZIONE DEL VOTO FINALE DI LAUREA

...omissis...

All'apertura della sessione il presidente della commissione di laurea presenterà ai candidati il membro OMCeO che partecipa alla seduta, e che prenderà posto alla destra del presidente.

...omissis...

Art. 7 – PROCLAMAZIONE

La proclamazione dei candidati avviene al termine di ciascuna dissertazione della seduta della Commissione di Laurea da parte del/la Presidente della commissione di laurea e del/la rappresentante dell'OMCeO, ognuno per la sua parte di competenza: ovvero per la nomina a dottore in Medicina e Chirurgia e per l'abilitazione alla professione medica.

Il/la rappresentante dell'Ordine dopo il conferimento dell'abilitazione alla professione medica consegnerà al nuovo Collega una copia del Codice Deontologico. Con queste norme veniva formalizzata la presenza del rappresentante dell'OMCeO di Verona durante la seduta di laurea abilitante alla professione di Medico Chirurgo. Come rappresentanti dell'Ordine (hanno partecipato, a rotazione, il presidente, il vicepresidente, il segretario e la tesoriera) ci ha fatto estremo piacere partecipare alle sedute di laurea e poterci congratulare e dare il benvenuto al/alla collega neolaureato/a, consegnandogli una copia del Codice Deontologico, e riteniamo la nostra presenza in queste occasioni sia particolarmente significativa.

Vista la cordiale collaborazione instauratasi fra l'Università di Verona e l'Ordine dei Medici e Odontoiatri fin dalle prime settimane, insieme al prof. Chiamulera, abbiamo fatto osservare ai Presidenti e ai Presidenti Vicari delle commissioni per gli esami di laurea in Medicina e Chirurgia, e ai Relatori delle lauree in Medicina e Chirurgia - sessione estiva luglio 2022 – che sarebbe stato molto interessante far conoscere ai Medici Veronesi alcune delle tesi presentate in seduta di laurea.

Gli argomenti che vengono discussi sono sempre di grande attualità e di interesse e sarebbe stato un vero peccato che gli studi condotti nelle varie Cliniche, nei laboratori dell'Università fossero noti ad una platea di lettori a livello internazionale, e meno conosciuti a livello locale.

Per questo motivo, abbiamo chiesto loro di inviare un elaborato/una sin-

tesi/ un abstract delle tesi ritenute più interessanti per la pubblicazione sul bollettino trimestrale dell'Ordine "Verona Medica".

Pertanto, già da questo numero di Verona Medica troverete alcuni lavori presentati come tesi in occasione delle sedute di laurea tenutesi lo scorso mese di luglio.

CARLO RUGIU

Effetti di un protocollo di stimolazione cerebellare transcranica diretta combinata con dispositivo robotico end-effector sul recupero sensori-motorio dell'arto superiore e sulle funzioni cognitive in pazienti con ictus cronico: studio randomizzato controllato in doppio cieco

Introduzione. La limitazione funzionale sensoriale e motoria dell'arto superiore è frequente nei soggetti sopravvissuti ad ictus, con un impatto significativo sull'autonomia e sulla qualità di vita. Ad oggi risulta noto come il recupero post-lesionale avvenga mediante fenomeni di neuroplasticità e, in quest'ottica, oltre al noto effetto della riabilitazione robotica, l'applicazione di metodiche di stimolazione cerebrale non invasiva come la tDCS rappresentano un campo di ricerca in forte espansione. La stimolazione cerebellare, grazie alle fitte connessioni nervose presenti tra cervelletto e cortec-

cia cerebrale, spesso non lesionate dall'evento infartuale, sembra essere una via promettente di stimolazione della corteccia motoria primaria, responsabile della pianificazione, del controllo e dell'esecuzione dei movimenti volontari del corpo. Tuttavia, ancora pochi studi scientifici hanno approfondito l'effetto della stimolazione a questo livello, associata a training robotico, sul recupero sensori-motorio dell'arto superiore e come questo si ripercuota sulle funzioni cognitive.

Obiettivi. Primario: comparare gli effetti di un trattamento riabilitativo dell'arto superiore con dispositivo robotico end-effector (MOTORE® di Humanware S.r.l.) in associazione a una stimolazione cerebellare catodica non invasiva (ctDCS) rispetto alla sola terapia robotica sul recupero sensoriale e motorio dell'arto superiore in pazienti con esiti cronici di ictus. Secondario: valutare l'efficacia del protocollo sperimentale sul miglioramento di spasticità, qualità della vita e funzioni neurocognitive.

Metodi. Sono stati valutati pazienti con esiti cronici di ictus afferenti presso il servizio ambulatoriale dell'UOC di Neuroriabilitazione dell'AOUI di Verona dal 2018 al 2022. I soggetti arruolati sono stati equamente randomizzati in due gruppi (gruppo sperimentale e gruppo di controllo) e valutati con misure di outcome motorie e neurocognitive da esaminatori in cieco (fisioterapisti e neuropsicologi) all'ingresso (T0), a fine trattamento (T1) e nel follow-up a 1 mese (T2).

Risultati. Nel presente studio randomizzato controllato in doppio cieco sono stati selezionati 23 soggetti (14 maschi e 9 femmine con età media di 62 anni) con ictus in fase cronica. Sebbene sia emerso un miglioramento nelle performance in entrambi i gruppi, l'analisi dei dati fra i due gruppi non ha rivelato un vantaggio significativo del protocollo sperimentale rispetto a quello di controllo nella misura di outcome sensori-motoria primaria (score di Fugl-Meyer per l'arto superiore), mentre è emersa una differenza si-

gnificativa per la spasticità a livello della spalla. Il confronto tra i gruppi, inoltre, ha messo in evidenza un miglioramento significativo in favore del gruppo sperimentale a fine trattamento, ma non a distanza di un mese, nei test di memoria a breve termine e nel test di fluenza verbale.

Conclusioni. Si conferma l'efficacia della terapia robotica mediante l'utilizzo di dispositivo end-effector nel recupero sensori-motorio dell'arto superiore in pazienti con esiti cronici di ictus. L'associazione terapeutica con tDCS cerebellare non sembra comportare un miglioramento significativo della funzionalità sensori-motoria, ma sembra avere effetti positivi sulle performance cognitive, anche quando non direttamente stimolate attraverso training di tipo cognitivo. Alla luce dei risultati del presente studio, si rendono necessarie successive indagini che approfondiscano gli effetti della stimolazione cerebellare non invasiva mediante studi che prevedano un campione di soggetti più ampio.

Indici clinici predittivi di recupero dell'equilibrio e del cammino valutati in fase sub-acuta in pazienti con esiti di ictus cerebrale: studio osservazionale prospettico

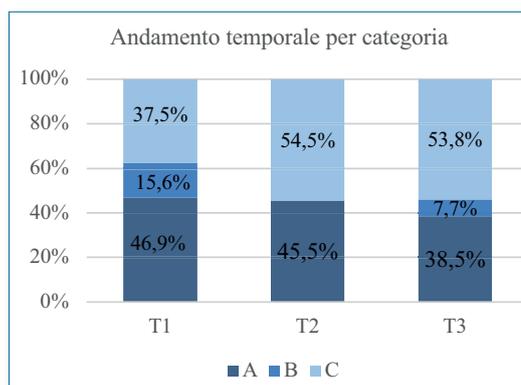
Introduzione

L'ictus è una delle principali cause di morte e di disabilità a lungo termine in tutto il mondo. Al fine di mettere in atto un'adeguata presa in carico e gestire al meglio le risorse riabilitative, è fondamentale predire le possibilità di recupero già nei primi giorni dopo l'ictus. Per fare ciò ci si avvale degli indici predittivi, ossia delle misure cliniche, laboratoristiche o strumentali di cui è stata dimostrata la correlazione con un esito funzionale futuro. Queste vengono utilizzate

per costruire algoritmi decisionali fruibili nel contesto ospedaliero.

Obiettivi. Lo scopo principale dello studio è stato quello di valutare l'esistenza di una relazione tra indici clinici potenzialmente predittivi per il recupero della forza, dell'equilibrio e della deambulazione, valutati entro i primi 2-5 giorni dall'ictus, e la prognosi funzionale del paziente a medio e lungo termine. In particolare, i predittori valutati sono stati il Trunk Control Test, il Manual Muscle Test per l'arto inferiore e la pallestesia dell'arto inferiore; la prognosi funzionale è stata valutata mediante Functional Ambulation Category, Motricity Index, Berg Balance Scale, Time Up and Go test, 10-Meter Walking Test e Barthel Index.

Metodi. I potenziali predittori sono stati valutati entro i primi 2-5 giorni dall'ictus (T0). Le misure di *outcome*, invece, sono state valutate a 1 mese (T1), 3 mesi (T2) e 6 mesi (T3). Con i dati raccolti è stata eseguita un'analisi di correlazione non parametrica utilizzando l'indice di correlazione R per ranghi di Spearman e successivamente, solo per le misure che hanno dimostrato una correlazione significativa, è stata effettuata una regressione lineare multipla con modello "backward stepwise", per verificare se vi fosse un rapporto predittivo tra le variabili. In base all'andamento delle misure di *outcome* nel tempo, i pazienti sono stati raggruppati in tre categorie funzionali (A, B e C): la A include quelli che mostrano un ridotto livello funzionale; viceversa, la C include coloro che mostrano un recupero pressoché completo.



Risultati. I grafici mostrano l'andamento del numero di pazienti per categoria funzionale nel tempo: in generale, i pazienti in categoria A si sono progressivamente ridotti, a fronte dell'aumento nel tempo del numero di pazienti in categoria C. Inoltre, le misure di *outcome* sono state raggruppate in 3 domini funzionali: deambulazione, equilibrio e forza. La forza ha mostrato un recupero a medio e lungo termine completo in tutti i pazienti; l'equilibrio ha mostrato un andamento pressoché costante nel tempo; la deambulazione, invece, ha mostrato un an-

damento in miglioramento ad ogni valutazione.

Il modello di regressione lineare ha messo in evidenza il possibile ruolo predittivo della dorsiflessione di caviglia nel predire il recupero di deambulazione, equilibrio e forza; il ruolo dell'età e della pallestesia al 1° metatarso nel predire il recupero della deambulazione; infine, il ruolo del controllo del tronco nel predire il recupero della forza e dell'autonomia.

Conclusioni. Lo studio ha confermato alcune correlazioni già note

in letteratura ed incluse in algoritmi predittivi validati, come il ruolo dell'età e del controllo del tronco nel predire il recupero della deambulazione e dell'autonomia, rispettivamente. Inoltre, ha evidenziato il ruolo predittivo della dorsiflessione di caviglia, in relazione al recupero di deambulazione, equilibrio e forza, e della pallestesia al I metatarso, in relazione al recupero della deambulazione.

Tuttavia, è necessario ampliare il numero di soggetti testati a medio e lungo termine per ottenere risultati maggiormente significativi.

La Chetoacidosi Diabetica all'esordio di Diabete Mellito Tipo 1 in età pediatrica

Tesista: Sara De Giovanni

RELATORE PROF. CLAUDIO MAFFEIS

CORRELATORE DOTT. MARCO MARIGLIANO

Il grado di conservazione della funzione beta-cellulare all'esordio della malattia ha effetto protettivo sul controllo glicometabolico a medio termine in bambini e adolescenti con DT1

Introduzione

Il diabete mellito tipo 1 (DMT1) è la **malattia endocrina** più frequente in età pediatrica. La carenza della sintesi di insulina, conseguente alla distruzione delle β -cellule pancreatiche ad opera di un processo autoimmunitario, porta all'esordio clinico caratterizzato da **poliuria, polidipsia**, nicturia, astenia a cui si possono associare altri sintomi quali il dolore addominale, disidratazione importante, perdita di peso. Con il passare del tempo, il quadro clinico può aggravarsi e possono

comparire segni e sintomi tardivi come difficoltà respiratoria (respiro di Kussmaul), obnubilamento del sensorio, e nei casi più gravi

si può arrivare fino al coma. Con bassi livelli di insulinemia si genera uno stato di iperglicemia con mobilitazione di una quantità maggiore di

acidi grassi liberi, che vengono utilizzati come principale substrato metabolico sottoforma di corpi chetonici. Quest'ultimi sono degli acidi fissi che, accumulandosi, portano ad una condizione di acidosi metabolica. Si parla di **chetoacidosi diabetica (DKA)** lieve in presenza di un pH ematico inferiore a 7,30, moderata con pH ematico inferiore a 7,20 e grave con pH ematico inferiore a 7,10 [2].

La DKA si configura spesso come **emergenza medica**. In Italia è stata registrata una prevalenza di DKA in oltre il 40% dei casi di esordio di DMT1 in età pediatrica: 29% DKA di grado lieve/moderato ma **più dell'11% DKA di grado severo**, soprattutto nel caso di esordio di DMT1 ad età inferiore ai 5 anni [1]. In generale, la DKA è gravata da un tasso di mortalità dello 0,15-0,30% ma, nel caso compaiano complicanze gravi come l'edema cerebrale, il rischio di

mortalità aumenta significativamente. Un esordio del DMT1 accompagnato da DKA è stato correlato ad un controllo glicemico meno favorevole negli anni successivi [3].

L'obiettivo primario del nostro studio è stato di testare l'ipotesi che **la presenza e la gravità della DKA** all'esordio e la conservazione della funzionalità beta-cellulare, avessero un effetto negativo sul **controllo glicemico a medio-lungo termine** in una popolazione di bambini e adolescenti affetti da DMT1. La valutazione del controllo glicometabolico è stata fatta dopo due (T2), cinque (T5) e dieci anni (T10) dall'esordio clinico. Inoltre, l'obiettivo secondario è stato quello di valutare l'esistenza di una relazione tra DKA all'esordio di DMT1 e presenza di fattori di rischio cardiovascolare a distanza di tempo.

Materiali e Metodi

La popolazione dello studio era composta da 408 bambini e adolescenti

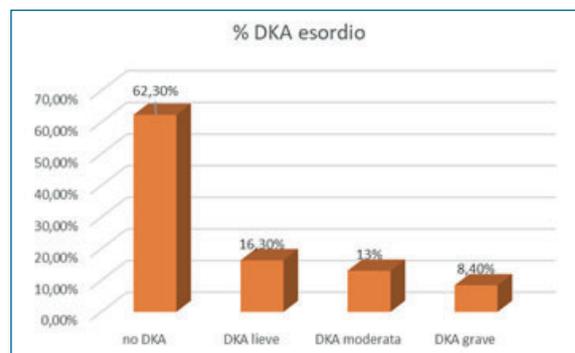


Figura 2 - Gravità di DKA

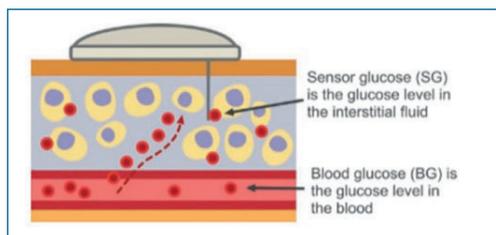


Figura 1 - Sensore CGM

con diagnosi di DMT1 effettuata presso il **Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica di Verona**. Sono stati analizzati i dati di **154 soggetti** che presentavano sia le variabili registrate all'esordio clinico [presenza di DKA e livello di gravità (lieve, moderata, grave), pH, HCO₃, HbA1c e C-peptide all'esordio clinico], sia i fattori di rischio cardiovascolare (FRCV) e le metriche di controllo glicemico a 2 anni (T2), 5 anni (T5) e 10 anni (T10) dall'esordio. I **fattori di rischio cardiovascolari** considerati sono stati: BMI-SDS, Pressione Arteriosa e Colesterolo-LDL mentre le metriche di controllo glicemico derivano dal monitoraggio in continuo della glicemia tramite sensore sottocutaneo (*Continuous Glucose Monitoring*). Il sensore, costituito da un sottile catetere impiantato ad una profondità di pochi millimetri nel sottocute, misura in continuo i livelli di glucosio nell'interstizio (Figura 1). Questa misurazione è resa possibile dalla reazione catalizzata dall'enzima glucosio-ossidasi, che trasforma un segnale chimico in elettrico. I sensori misurano i livelli di glucosio interstiziale ogni 5 minuti e questi sono in ritardo di circa 15 minuti rispetto ai livelli di glucosio ematico.

Il valore del glucosio viene trasformato in segnale elettrico e trasmesso dal sensore in modalità wireless ad un ricevitore (anche lo smartphone) a disposizione del paziente (in alcuni modelli anche in contemporanea di altri caregivers quali genitori, insegnanti, ecc.).

Le metriche di controllo glicemico derivate dai sistemi di monitoraggio in continuo della glicemia sono: il **TIR** (il tempo passato con glicemia in **range di normalità**, % di tempo trascorso tra 70-180 mg/dl); il **TBR** (il tempo passato in **ipoglicemia**, % di tempo trascorso al di sotto dei 70 mg/dl, suddiviso in *Low* 54-70 mg/dl e *Very Low* <54 mg/dl); il **TAR**, il tempo passato in **iperglicemia** (% di tempo trascorso al di sopra dei 180 mg/dl, suddiviso in *High* 180-250 mg/dl e *Very High* >250 mg/dl). Inoltre, sono stati considerati i seguenti indici di variabilità glicemica: Deviazione Standard della media glicemica (DS BG); Coefficiente di Variazione (CV); *Glycemic Risk Index* (GRI).

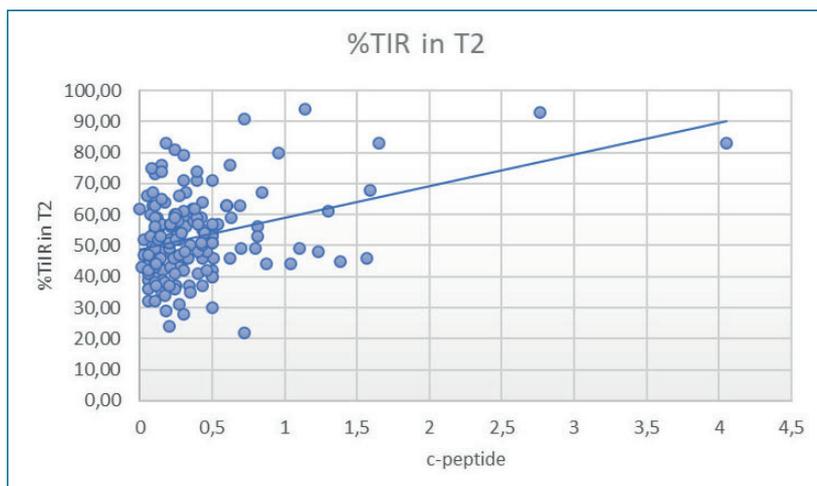


Figura 3 – Grafico rappresentante la correlazione c-peptide esordio e % TIR in T2

La funzionalità beta-cellulare residua è stata stimata attraverso il dosaggio del C-peptide circolante. Il C-peptide è prodotto dell'azione enzimatica che trasforma la proinsulina in insulina e immesso nel circolo ematico in concentrazione equimolare all'insulina, risultando un valido indice della produzione di insulina da parte della beta-cellula e quindi della sua funzione.

Risultati

Dei **154 soggetti** (54,5% maschi, età media 7,21±4 anni) reclutati, **58 (37,7%)** presentava un quadro di **DKA** all'esordio clinico del DMT1. Di questi 25 (16,3%) presentavano una DKA di grado lieve, 20 (13%) una DKA di grado moderato e 13 (**8,4%**) una **DKA di grado severo**. Questi risultati sono in linea con quanto riportato da dati nazionali (Figura 2).

Analizzando l'associazione tra le caratteristiche dei pazienti all'esordio clinico di DMT1, è stato registrata una correlazione positiva tra i valori di c-peptide e il valore di pH (r: 0,248, p<0,0001), mostrando un rapporto diretto tra il livello di conservazione della funzione residua beta-cellulare e la gravità della DKA. Inoltre, andando a valutare nuovamente i valori di c-peptide all'esordio in relazione con il livello di controllo glicemico a distanza di anni tramite le metriche glicemiche dei sensori per la glicemia, è emerso che dopo 2 anni dalla diagnosi di DMT1 (T2) i livelli di **c-peptide** all'esordio erano **correlati positivamente** alla percentuale di tempo passato

con una **glicemia normale** (%TIR, 70-180 mg/dl, r: 0,196, p<0,003) e **negativamente** alla percentuale di tempo passato in **ipoglicemia** (%TBR <70 mg/dl: r: -0,209, p<0,007; %TBR <54 mg/dl: r: -0,194, p<0,013).

Pertanto, dopo 2 anni dall'esordio di DMT1, **tanto più era elevato il valore di c-peptide all'esordio**, segno di una maggiore conservazione della funzione residua beta-cellulare e, in maniera indiretta, di un quadro meno grave di DKA, **tanto maggiore era il tempo che i soggetti dello studio passavano con la glicemia nel target di riferimento**, cioè tra 70 e 180 mg/dl (Figura 3). Allo stesso tempo più elevato era il valore di c-peptide all'esordio di DMT1 **minore era il tempo passato in ipoglicemia** (%TBR) (Figura 4). Questi due parametri, assieme all'emoglobina glicosilata (HbA1c), rappresentano gli standard per valutare il controllo glicemico a medio e lungo termine nei soggetti affetti da DMT1.

Oltre a queste metriche, l'analisi statistica ha mostrato che i **livelli di c-peptide all'esordio di DMT1** correlavano negativamente anche con **due indici di variabilità glicemica** il GRI e il CV (GRI: r: -0,196, p< 0,012; CV: r: -0,180, p<0,022). Pertanto, livelli maggiori di c-peptide all'esordio, e quindi la preservazione di un numero maggiore di β-cellule, sono associati anche ad una minore variabilità glicemica. Le analisi dei dati dopo 5 anni (T5) e dopo 10 anni (T10) dall'esordio di DMT1 non hanno confermato tali

associazioni, a dimostrazione che l'effetto protettivo di livelli elevati di C-peptide si tende a perdere con il passare del tempo.

È importante sottolineare quest'ultimo aspetto dato che alcuni studi hanno evidenziato come la **variabilità glicemica**, ossia l'oscillazione continua tra episodi di iperglicemia e di ipoglicemia, possa rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo delle complicanze micro-vascolari secondarie tipiche della patologia [4].

Per quanto riguarda la relazione tra lo sviluppo di **fattori di rischio cardio-vascolare** a distanza di tempo e le caratteristiche dell'esordio di DMT1, un risultato rilevante emerso dall'analisi dei dati dello studio è stato che **all'aumentare della gravità della DKA all'esordio** (valutata come riduzione del livello di pH all'esordio) si osservava una correlazione

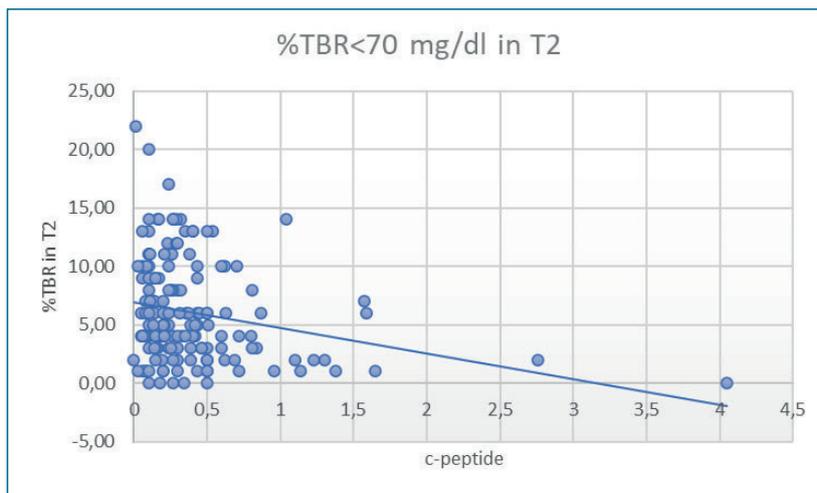


Figura 4- Grafico con correlazione c-peptide esordio e %TBR in T2

inversa con il livello di **Colesterolo LDL** dopo 2 anni dall'esordio (T2) ($r: -0,129; p < 0,02$) e dopo 5 anni dall'esordio (T5) ($r: -0,131; p < 0,05$). Quindi più grave è la DKA all'esordio, tanto maggiore è la probabilità di avere

valori elevati di colesterolo-LDL a 2 e a 5 anni. Non si osservavano correlazioni statisticamente significative tra le caratteristiche dell'esordio di DMT1 (c-peptide, pH, livello di gravità della DKA, etc..) e gli altri due fattori

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

di rischio cardio-vascolare, i livelli di BMI-SDS e della Pressione Arteriosa (PAS-SDS, PAD-SDS).

Conclusioni

Questi dati preliminari suggeriscono l'importanza di una diagnosi precoce di DMT1 in quanto associata a un minor rischio di DKA e alla preservazione di un numero di β -cellule più elevato che, almeno nel breve termine, si associa ad un miglior controllo glicemico (soprattutto minor variabilità glicemica e un numero inferiore di episodi ipoglicemici) e ad una minore esposizione a fattori di rischio cardiovascolare anche nel medio termine.

Bibliografia

- [1] Cherubini V et al., Diabetes Study Group of the Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology (ISPED). High frequency of diabetic ketoacidosis at diagnosis of type 1 diabetes in Italian children: a nationwide longitudinal study, 2004-2013. *Sci Rep.* 2016 Dec 19
- [2] Wolfsdorf JI, ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Diabetic ketoacidosis and the hyperglycemic hyperosmolar state. *Pediatr Diabetes.* 2018 Oct;19 Suppl 27:155-177
- [3] Duca L. et al., Diabetic Ketoacidosis at Diagnosis of Type 1 Diabetes Predicts Poor Long-term Glycemic Control, *Diabetes care* (2017) 40(9) 1249-1255

- [4] Virk et al., "Association Between HbA1c Variability and Risk of Microvascular Complications in Adolescents With Type 1 Diabetes.," *J Clin Endocrinol Metab*, vol. 101, no. 9, pp. 3257-63, 2016

Abbreviazioni

DKA	chetoacidosi diabetica
DMT1	diabete mellito di tipo 1
CGM	Continuous Glucose Monitoring
TIR	Time in Range
TBR	Time Below Range
TAR	Time Above Range
DS BG	Deviazione Standard
CV	Coefficiente di Variazione

Biomarcatori neuroradiologici dei sintomi invisibili della sclerosi multipla: associazione con parametri cognitivi e di fatica

Tesista: Dr.ssa Cecilia Cristofori

RELATORE: PROF. MASSIMILIANO CALABRESE
CO-RELATORI: PROF. F. B. PIZZINI E
DR. STEFANO ZICCARDI

INTRODUZIONE

La Sclerosi Multipla (SM) è una malattia cronica autoimmune del sistema nervoso centrale. Ha un'alta prevalenza (ne sono affetti 2,8 milioni di individui nel mondo nel 2020) ed è la prima causa non traumatica di disabilità neurologica nel giovane adulto. Colpisce più frequentemente il genere femminile (F:M=3:1) ed esordisce tipicamente in giovane età (18-40 anni). Il sistema nervoso centrale dei pazienti con SM si caratterizza per la presenza di infiammazione cronica e/o acuta con lesioni focali, confluenti, all'interno della sostanza bianca e grigia, caratterizzate da demielinizzazione e grado variabile di perdita assonale. Secondo il modello classico la SM esordisce nella maggior parte dei casi con un fenotipo Recidivante Remittente (RRSM) e nell'80% dei casi evolve in SM Progressiva (SPSM) in media da uno a due decenni dopo la diagnosi. La RRSM si caratterizza per

il susseguirsi di ricadute cliniche, principalmente espressione di lesioni infiammatorie visibili alla risonanza magnetica (RM), alla quale seguono fasi di remissione. La disabilità tende ad accumularsi nel tempo in modo proporzionale alle ricadute e il miglioramento clinico diminuisce durante ogni remissione. Quando invece la disabilità inizia ad accumularsi in modo continuo e progressivo si parla di SPSM. Solo in una minoranza dei casi la SM si presenta con carattere progressivo fin dal principio (PPSM).

Questo modello di malattia è superato grazie alla presenza di nuove evidenze: è noto oggi come fin dall'esordio di malattia vi sia una progressione indipendente dalle ricadute e dall'attività alla RM (PIRA e PIRMA, Progression Independent of Relapse (Magnetic resonance) Activity).¹ Questa progressione silenziosa è rappresentata nella Figura 1 dalla curva del volume cerebrale, caratterizzata da una lenta e continua diminuzione fin dalle primissime fasi della malattia. Questo fenomeno noto come atrofia cerebrale è diretta espressione di fenomeni neurodegenerativi che colpiscono il sistema nervoso centrale dei pazienti affetti da SM.

La Figura 2 mostra come l'atrofia cerebrale vista alla RM sia il marker più precoce di PIRA. Il deficit cognitivo e la fatica sono i marker clinici più precoci mentre la disabilità fisica si presenta spesso più tardivamente.

La letteratura è in accordo nel definire l'atrofia cerebrale come un buon marcatore della PIRA, in quanto numerosi studi dimostrano la presenza di correlazione tra l'atrofia cerebrale e i sintomi clinici espressione di questa progressione silenziosa,²⁻⁴. Tuttavia, questo marcatore neuroradiologico non è ancora entrato a far parte della pratica clinica perché, fino ad ora, la

RRSM: Recidivante Remittente
SPSM: Secondaria Progressiva
PPSM: Primaria Progressiva

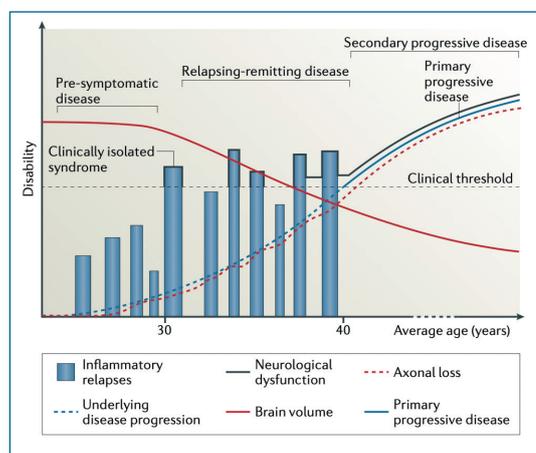


Figura 1: Rappresentazione grafica dell'andamento clinico dei diversi fenotipi SM, tratta da *Immunopathology of Multiple Sclerosis*

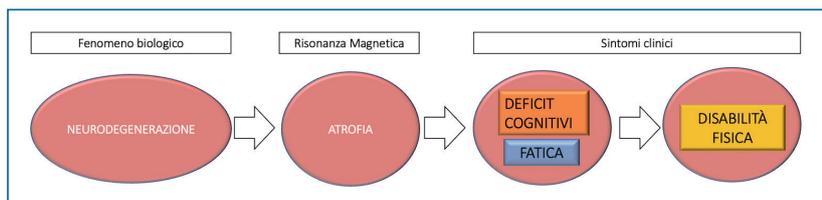


Figura 2: Grafico rappresentante lo sviluppo temporale della PIRA e i rispettivi Marker

valutazione radiologica si è focalizzata sul riconoscimento della variazione del carico lesionale (in termini di comparsa di nuove lesioni o di modifiche delle caratteristiche delle stesse): la presenza di atrofia cerebrale invece viene indicata solo se visivamente rilevante e/o se correlata ad un quadro clinico clinicamente e cognitivamente avanzato. Inoltre i software fino ad ora utilizzati per calcolare il grado di atrofia cerebrale sono di difficile utilizzo e consentono comunque solo un'analisi di popolazione e non sul singolo paziente. Solo recentemente l'introduzione di software automatici e validati per uso clinico (approvati FDA e/o CE) permette di dare invece una valutazione quantitativa del grado di atrofia cerebrale nel singolo paziente confrontandolo con una popolazione di riferimento (Z-score).

STUDIO

Lo scopo del nostro studio è stato quindi quello di dimostrare se e come un software validato per l'utilizzo clinico, QyScore, possa essere uno strumento valido per individuare precocemente i pazienti con PIRA. L'auspicio è che la quantificazione del grado di atrofia in RM, sia visiva che mediante software di analisi clinici, possa entrare nella pratica radiologica quotidiana. Infatti, solo la precoce identificazione di tali pazienti né consente una tempestiva ed adeguata scelta terapeutica.

MATERIALI E METODI

In questo studio abbiamo incluso 69 pazienti con SM, di cui 72,5% RRSM, 20,3% CIS (Sindrome Clinicamente Isolata) e 7,2% PPSM, prevalentemente di genere femminile (67%), con età media di 38 anni (DS=12 anni) afferenti il centro di Sclerosi Multipla di Verona. Di cui x% avevano manifestato sintomi clinici di PIRA. Abbiamo valutato i diversi sintomi clinici, raccogliendo i dati di test e scale utilizzati nei pazienti con SM:

1. La Expanded Disability Status Scale (EDSS) per la valutazione della disabilità fisica, raccogliendo i dati di tutti i 69 pazienti;
2. La Fatigue Severity Status Scale (FSS) per la valutazione della fatica, raccogliendo i dati di 43 pazienti;
3. La Rao's Brief Repeatable Battery (BRB) per la valutazione dei deficit cognitivi, raccogliendo i dati di 56 pazienti.

Abbiamo calcolato l'atrofia cerebrale di tutti i 69 pazienti, utilizzando il software QyScore v1.10.

Una volta raccolti i dati clinici e di RM, abbiamo indagato l'associazione dell'atrofia con disabilità fisica, fatica e deficit cognitivi, allo scopo di valutare se QyScore fosse in grado di rilevare la correlazione tra i marker radiologici e clinici della PIRA.

QYSCORE

Il QyScore è uno strumento di segmentazione neuroradiologica completamente automatico sviluppato da Qynapse (<https://qynapse.com/>). Qyscore è un software con validazione clinica, approvato infatti dalla

FDA e dalla CE, utilizzato grazie ad un agreement di collaborazione clinica e di ricerca tra il gruppo Qynapse e l'Università degli Studi e l'Ospedale Universitario di Verona.

Il software fornisce sia misure volumetriche in valore assoluto che valori in percentile e z-score, ottenuti dal confronto con un ampio database di soggetti sani dai 20 ai 90 anni. Il software è inoltre in grado di fornire risultati sia a livello globale sia relativamente a specifiche aree cerebrali. Secondo recenti studi ha prestazioni pari se non migliori rispetto ad altri metodi automatici attualmente utilizzati.⁵ Nel nostro studio, QyScore è stato utilizzato per analizzare immagini ottenute con sequenze di norma utilizzate nella pratica clinica della SM (T1 3D TFE e T2 FLAIR), in particolare RM a 3 Tesla ad alta definizione.

RISULTATI

È emersa una importante correlazione tra l'atrofia cerebrale calcolata con QyScore e alcuni dei sintomi clinici presi in considerazione. In particolare, il volume cerebrale totale ($r=-0,34$, $p=0,004$) e quello della sostanza grigia corticale e profonda ($r=-0,33$, $p=0,006$) sono risultati significativamente correlati con il grado di disabilità misurato secondo la scala EDSS.

L'EDSS è risultato inoltre associato al volume di aree cerebrali specifiche come il lobo temporale ($r=-0,33$,

Structure	Volume (ml / %ICV*)	Percentiles	95% 75% 50% 25% 5%	Z-score
Whole Brain	1308.5 / 71.2%	<5		-2.58
Grey Matter	725.2 / 39.5%	<5		-2.83
White Matter	583.3 / 31.8%	5 - 25		-0.86
Amygdala	Left: 1.8 / 0.1%	25 - 50		0.14
	Right: 1.8 / 0.1%	5 - 25		-0.64
Hippocampus	Left: 3.4 / 0.2%	<5		-1.72
	Right: 3.3 / 0.2%	<5		-2.02
WMH	Total: 34.2 / 1.9%	-		N/A
	MAGNIMS**	34.2 / 1.9%	-	N/A

Figura 3: esempio di report di QyScore

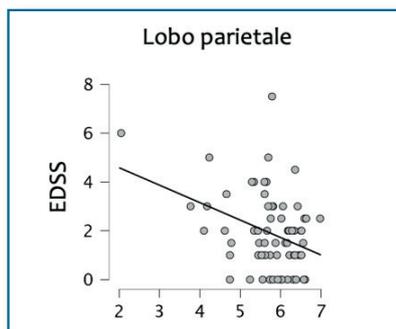


Figura 4: scatterplot riportante le correlazioni tra scala di disabilità (EDSS) e l'atrofia del lobo parietale

$p=0,005$), parietale ($r=-0,37$, $p=0,002$) (Fig.4), il cervelletto ($r=-0,26$, $p=0,033$) e l'insula ($r=-0,33$, $p=0,006$).

Abbiamo inoltre rilevato una correlazione tra il grado fatica (scala FSS) e il volume del lobo temporale ($r=-0,37$, $p=0,013$) e dell'insula ($r=-0,36$, $p=0,019$).

Infine, i pazienti che mostravano deficit cognitivi (CI) hanno mostrato un volume cerebrale globale minore ($p=0,032$) rispetto ai pazienti cognitivamente normali (CN), oltre che un volume minore anche a livello dell'insula ($p=0,035$). I pazienti gravemente compromessi a livello cognitivo (sCI) hanno mostrato in media, rispetto ai pazienti CN, un volume minore a livello di: volume cerebrale globale ($p=0,017$), sostanza grigia globale ($p=0,042$), cervelletto (CN vs sCI $p=0,008$, mCI vs sCI $p=0,035$) e lobo limbico ($p=0,049$).

DISCUSSIONE e CONCLUSIONI

I nostri risultati confermano i dati presenti in letteratura scientifica che riportano una correlazione tra atrofia e sintomi clinici espressione di PIRA. La novità che introduciamo con questo studio è la conferma di questa correlazione attraverso l'utilizzo di un software validato per uso clinico, di-

mostrando che esso può essere un valido strumento per la quantificazione dell'atrofia sul singolo paziente. Attualmente, la valutazione del grado di atrofia nei Pazienti con SM riveste un ruolo marginale nella routine radiologica ed è limitata ad una valutazione visiva, ma non quantitativa, delle immagini; essa inoltre viene realizzata solo quando i reperti radiologici sono marcati e/o accompagnati da chiari sintomi cognitivi pregiudicando quindi una diagnosi di precoce di progressione silente.

L'implementazione clinica dell'uso di software di analisi radiologica dell'atrofia, in ultima analisi, potrà dare un beneficio clinico diretto al singolo paziente permettendo, offrendo il riconoscimento precoce di indicatori di rapida progressione di malattia, indipendente dagli eventi riaccutizzazione clinica, e, quindi, la possibilità di un adeguato trattamento.

1. Sandi, D., Friccka-Nagy, Z., Bencsik, K. & Vécsei, L. Neurodegeneration in multiple sclerosis: Symptoms of silent progression, biomarkers and neuroprotective therapy-kynurenines are important players. *Molecules* vol. **26** (2021).
2. Calabrese, M. et al. Basal ganglia and frontal/parietal cortical atrophy is associated with fatigue in

- relapsing-remitting multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* **16**, 1220–1228 (2010).
3. Dekker, I. et al. The sequence of structural, functional and cognitive changes in multiple sclerosis. *NeuroImage: Clinical* **29**, (2021).
4. Zivadinov, R. A longitudinal study of brain atrophy and cognitive disturbances in the early phase

- of relapsing-remitting multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* **70**, 773–780 (2001).
5. Cavedo, E. et al. Validation of an automatic tool for the rapid measurement of brain atrophy and white matter hyperintensity: QyScore®. *European Radiology* **32**, 2949–2961 (2022).

RICORDATE...!

È fatto obbligo a tutti gli Iscritti:

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

Prestanomismo

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

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

Il test di broncodilatazione nella patologia asmatica lieve-moderata: accuratezza diagnostica delle linee guida GINA

SABRINA PERONI¹, NICOLÒ RIDELLA^{1,2},
GIULIA SARTORI^{1,2}, ERNESTO CRISAFULLI^{1,2},
MARIAGRAZIA MORCONE^{1,2}

¹AMBULATORIO DI MEDICINA RESPIRATORIA,
UOC MEDICINA D'URGENZA, POLICLINICO
G.B. ROSSI, AZIENDA OSPEDALIERA
UNIVERSITARIA INTEGRATA (AOUI) DI VERONA
²SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO,
UNIVERSITÀ DI VERONA

*Riassunto tratto dalla tesi di Laurea a ciclo unico in Medicina e Chirurgia della Dott.ssa Sabrina Peroni (sessione estiva di luglio 2022).
Relatore: Prof. Ernesto Crisafulli*

L'asma è una malattia infiammatoria cronica contraddistinta da sintomi respiratori e riduzione del flusso aereo prevalentemente espiratorio; tali aspetti si presentano spesso con caratteristiche eterogenee. In presenza di una tipica storia clinica il percorso diagnostico prevede l'esecuzione di un esame spirometrico con test di broncodilatazione (tBD), utile nella identificazione di una variabilità del flusso aereo.

La positività a tale test si raggiunge, secondo le attuali linee guida GINA (Global Initiative for Asthma), con la contemporanea presenza di un FEV₁ (volume espiratorio forzato nel 1° secondo) post-broncodilatazione superiore a 200 ml (in valore assoluto) e superiore al 12 % del valore predetto. Tali valori nella pratica clinica sono tuttavia di difficile raggiungimento, anche in soggetti asmatici conclamati; nel percorso risulta quindi necessario un approfondimento diagnostico mediante il test di provocazione bronchiale. Funzionalmente, sebbene il FEV₁ sia un parametro indicativo di patologia ostruttiva polmonare, potrebbe rappresentare meno la componente funzionale delle piccole vie, sede principale della patologia asmatica. La buona risposta clinica alla terapia con ICS/LABA o

la successiva positività al test di provocazione bronchiale che si realizza nei soggetti risultati negativi al tBD, conferma, per questo test, la scarsa sensibilità del FEV₁ e dei valori di riferimento considerati.

Il nostro studio osservazionale, retrospettivo, *real-life*, aveva pertanto l'obiettivo di valutare l'accuratezza diagnostica degli attuali criteri GINA nell'identificazione del pattern di reversibilità al tBD, con la possibilità di esplorare a tale scopo aggiuntivi parametri funzionali spirometrici. I nostri dati sono stati raccolti presso l'Ambulatorio di Medicina Respiratoria del Policlinico G.B. Rossi dell'AOUI di Verona e prendevano in considerazione soggetti afferenti all'ambulatorio tra ottobre 2021 e giugno 2022.

Dei 330 soggetti considerati (223 asmatici e 107 sani) sono state raccolte informazioni inerenti a variabili demografiche ed antropometriche, alcune informazioni cliniche inerenti all'abitudine tabagica e la sintomatologia percepita, ed i parametri di funzionalità respiratoria pre e post tBD. È stato considerato come asmatico un soggetto con diagnosi conclamata, già in terapia inalatoria, che presentasse esenzione per patologia, o che presentasse sintomi specifici e positività al tBD; da disegno di studio, non esistevano quindi in questa categoria i falsi positivi al tBD, in quanto normalmente, in presenza di sintomi, il percorso diagnostico viene interrotto e non tutti i soggetti eseguono il test di provocazione bronchiale; in letteratura è tuttavia contemplato che la positività al tBD possa essere presente anche in soggetti senza patologia delle vie aeree.

Soggetti senza sintomi, negativi al tBD sono stati considerati come gruppo di controllo e definiti come soggetti sani. Sono stati esclusi i soggetti che presentavano una diagnosi di patologia respiratoria diversa dall'asma, ad esempio BPCO, coesistenza asma-BPCO, patologie interstiziali con o senza fibrosi, disturbi respiratori nel sonno, bronchiectasie; sono stati infine esclusi soggetti affetti da asma grave in terapia con farmaci biologici.

Come atteso, alcuni parametri clinici legati al pattern allergico (rinite, rinocongiuntivite, allergie respiratorie) erano maggiormente prevalenti negli asmatici. Seppur nei limiti di normalità, nei soggetti asmatici rispetto ai soggetti sani, si documentava una lieve ostruzione bronchiale con prevalente coinvolgimento delle piccole vie (massimo flusso espiratorio-MEF25-75%, MEF75%, MEF50% e MEF25%).

La variazione dei parametri funzionali post-broncodilatazione, come atteso, risultava essere ad appannaggio prevalente degli asmatici. Tuttavia, solo il 27% dei soggetti asmatici risultava positivo al tBD secondo le attuali linee guida GINA. Dalle curve ROC (Receiver Operating Characteristic) è emerso che le variabili spirometriche con una maggiore capacità discriminativa tra asmatici e sani risultavano essere: FEV₁ (185 ml), FEV₁ (6.5 % del predetto), MEF25-75% (15.5% del predetto), MEF75% (15.5 % del predetto) e MEF50% (20.5% del predetto).

Nell'integrazione di tutte le variabili significative è emerso che, secondo valori ROC, la maggiore capacità discriminativa era rappresentata dalla variazione contemporanea del MEF25-75%, del MEF75% e del MEF50%, capace di identificare il 56% dei soggetti asmatici, sebbene i falsi positivi risultavano essere il 7.3%.

In conclusione, il nostro studio mette in luce la necessità di un parametro funzionale più sensibile alla risposta al tBD, possibilmente di maggiore interesse delle piccole vie. L'uso dei MEF, anche integrata, permette quindi una maggiore capacità discriminativa rispetto al FEV₁. Seppur significativa (da notare che i valori secondo ROC sono ben più bassi dei riferimenti), la positività utilizzando FEV₁ secondo criteri da GINA interessa solo una piccola quota di soggetti.

Nel percorso diagnostico questo potrebbe implicare, in soggetti per i quali si sospetti la diagnosi di asma, una maggiore necessità del test di provocazione bronchiale, con chiare ripercussioni gestionali e economiche.

L'etica dell'accompagnamento nella fase finale della vita

GIOVANNI BONADONNA
MEDICO E BIOETICISTA

L'etica dell'accompagnamento è il modello di cura più adeguato per la fase più avanzata e finale di malattia, quella fase in cui la malattia non è più responsiva alle cure specifiche, ma in cui la persona malata ha ancora e massimamente bisogno di cura. L'aumento delle malattie croniche e degenerative, la disponibilità di cure specialistiche ed intensive hanno portato al **prolungamento ed all'aumento della gravosità del percorso del morire**. Nei tempi moderni, nei paesi più avanzati e soprattutto nei paesi occidentali, si è andati incontro ad un processo di progressiva negazione della morte. Per l'uomo medioevale la morte era presente e condivisa nel contesto della vita quotidiana, per l'uomo contemporaneo la morte è nascosta, negata ed è diventata un tabù. La progressiva medicalizzazione e tecnicizzazione della morte e l'impovertimento dei riti che caratterizzavano le relazioni con i morenti hanno portato ad una progressiva **disumanizzazione della morte**.

Essenzialmente due sono i modelli assistenziali nella fase finale della vita: il modello della negazione e del controllo ed il modello dell'accompagnamento. Il **modello della negazione e del controllo** è orientato a **proteggere ad ogni costo il malato terminale** dalla consapevolezza della morte, ad attivare sistemi capaci di **difendere** i familiari dei morenti e lo stesso personale sanitario **dalla vicinanza della morte**, ad **orientare ogni sforzo contro la morte** cercando di prolungare la vita ad ogni costo ed a **controllare il tempo del morire**. Il **modello dell'accompagnamento** è invece caratterizzato dal riconoscimento dei limiti della medicina, **dall'astensione** da trattamenti o dalla **interruzione di trattamenti "non proporzionati"**,

dallo spostamento degli obiettivi terapeutici dal "guarire" al **"prendersi cura"**, **dall'ascolto dei bisogni globali e dalla vicinanza alla persona malata**, dall'attenzione ai suoi bisogni psicologici e spirituali, dal **rispetto del tempo del morire**. La differenza tra i due modelli è legata essenzialmente al **diverso valore** che ciascuno di essi attribuisce alla **fase finale della vita umana**: nel modello della negazione e del controllo il malato terminale è considerato esclusivamente come **organismo biologico** su cui esercitare un controllo tecnico (modello della **tecnicizzazione e negazione della morte**), nel **modello dell'accompagnamento** il malato terminale è considerato **persona fino alla fine** e in quanto tale capace, se **inserito in una relazione**, di fare della fase finale della propria vita un'esperienza di **compimento** (morte come **evento naturale ineludibile**, modello dell'**accettazione della morte**).

L'**accompagnamento** della persona malata nella fase finale della vita necessita di un cambio di modello assistenziale, con una transizione **dalla "medicina della distanza scientifica" alla "medicina del coinvolgimento relazionale"** ⁽¹⁾.

La **medicina della distanza scientifica** considera la **malattia esclusivamente in senso organico (disease)**, è rivolta alla cura dei disturbi fisici, considera il **corpo solo come oggetto da curare (to cure)**, necessita prevalentemente di conoscenze scientifiche e di competenza tecnico-specialistica. La **medicina del coinvolgimento relazionale** considera la **malattia in senso biografico (illness)**, si fa carico della totalità dei bisogni della persona malata (bisogni fisici, psichici, spirituali, sociali), considera **tutto il vissuto della persona da curare (to care)**, necessita di conoscenze scientifiche, di competenza tecnica-specialistica, ma soprattutto di **"competenza relazio-**

nale", in poche parole: **considera la relazione come essenza della cura**. La **medicina del coinvolgimento relazionale** cerca innanzitutto di **comprendere ciò che vive la persona**: le insicurezze, le paure, le preoccupazioni, impara a **riconoscere i segni della sofferenza**, quella espressa e quella inespressa, riconosce i **problemi umani connessi con l'esperienza della malattia** a volte più importanti della malattia stessa, aiuta la persona assistita a **maturare un atteggiamento "attivo" nei confronti della malattia** contribuendo al superamento di risposte "reattive" improduttive, quali risentimento, aggressività, diffidenza; in sintesi è una medicina che considera i **bisogni globali della persona**, una medicina aperta alla **collaborazione tra diverse figure professionali**, aperta alla **collaborazione con la famiglia delle persone assistite e con le associazioni di volontariato**.

L'accompagnamento della persona nella fase finale della vita prevede la transizione **da un'etica degli "atti" a un'etica degli "agenti"**, vale a dire che i **curanti** oltre a chiedersi: **"cosa dobbiamo fare?"**, debbono soprattutto imparare a chiedersi: **"come dobbiamo essere?"**. Questo significa che i curanti debbono **maturare un determinato modo di essere, prima ancora che un determinato modo di fare, perché sono le modalità della relazione che in contesti di vulnerabilità determinano la qualità dell'assistenza** ⁽¹⁾. L'accompagnamento della persona nella fase finale della vita deve saper **confermare la persona malata nel suo valore e nella sua dignità** ⁽²⁾. Il modello di cura della **"dignity conserving care"** ha lo scopo di aiutare i pazienti a continuare a sentirsi persone di valore, considerate e stimate. In tale modello assistenziale oltre a quello che deve essere fatto **viene dato valore a come i pazienti debbono essere considerati**.

Nel modello suddetto risultano fondamentali alcuni **fattori di natura psicologica e spirituale** che influenzano il senso di dignità del paziente, tra questi ad esempio: il mantenere la continuità del sé, mantenere il ruolo, mantenere l'autostima, mantenere legami con le persone care, essere coinvolto nelle decisioni di cura, partecipare ad attività per cui si ha interesse, avere momenti di normalità, avere conforto spirituale.

Le istanze fondamentali dell'etica dell'accompagnamento sono le seguenti: controllare il dolore e portare sollievo alla sofferenza, comprendere i bisogni del malato nella fase finale della vita, proporzionare le cure.

Controllo del dolore e sollievo alla sofferenza: il dolore distrugge la possibilità di vivere come persona in relazione, per cui **controllare il dolore** in tutti i suoi aspetti è **l'obiettivo prioritario**. Ma quando il dolore assume carattere di **sofferenza esistenziale**, non è sufficiente la semplice sedazione del dolore, l'approccio alla sofferenza esistenziale chiede di **considerare tutte le dimensioni della persona**. Inoltre, in molti casi la malattia grave non significa solo un'esperienza di dolore, ma anche di **perdita di senso** della propria vita. La sedazione del dolore è pertanto il primo passo, essenziale ma non sufficiente, di un percorso che sostenga la persona nella propria ricerca di senso. Il sollievo alla sofferenza della persona in fase avanzata di malattia prevede soprattutto stare accanto, ascoltare, incoraggiare a parlare, comprendere, aiutare, consolare, sostenere. A proposito della sofferenza esistenziale è importante tenere presenti le affermazioni di due autori che hanno scritto su questo tema: **“la sofferenza peggiore è nella solitudine che l'accompagna”** (André Malraux, *La condizione umana*, 1933), e l'altra: **“il dolore diviene sostenibile se diviene dicibile”** (Salvatore Natoli, *L'esperienza del dolore*, 1986).

Bisogni della persona nella fase finale della vita: i bisogni fondamentali della persona nella fase finale della vita sono così sintetizzati nella **carta dei diritti dei morenti elaborata**

dalla Fondazione Floriani di Milano: essere considerato persona fino alla morte, essere informato sulle proprie condizioni se lo si desidera, non essere ingannato e ricevere risposte veritiere, partecipare alle decisioni, rispetto della propria volontà, sollievo dal dolore e dalla sofferenza, cure e assistenza continue nell'ambiente desiderato, non subire interventi che prolunghino il morire, poter esprimere le proprie emozioni, ricevere aiuto psicologico e conforto spirituale secondo le proprie convinzioni e la propria fede, avere la vicinanza dei propri cari, non morire nell'isolamento e in solitudine, morire in pace e con dignità.

Proporzionamento delle cure: il giudizio di proporzionalità delle cure è riferito al **limite di accettabilità da parte della persona assistita** di trattamenti medici, anche nel caso che essi siano appropriati dal punto di vista medico, quindi il giudizio di proporzionalità è **il bilancio tra beneficio e gravosità del trattamento. Il giudizio di proporzionalità etica**, si basa sia su criteri oggettivi (i benefici eventuali che può procurare al paziente) sia su criteri soggettivi (il peso e la gravosità dei trattamenti su cui è la persona interessata che deve esprimersi), **tale giudizio pertanto deve maturare all'interno della relazione di cura e di fiducia**, nella quale il curante sostiene e valorizza l'autonomia della persona assistita e il suo diritto ad esprimere il proprio consenso o dissenso ai trattamenti medici. Quindi un trattamento medico si può considerare **eticamente proporzionato** quando oltre ad essere clinicamente appropriato è **accettato consapevolmente dalla persona** che ad esso deve essere sottoposta e, **nel caso la persona non sia più cosciente, si inserisca coerentemente nel progetto di vita della persona stessa**, per quanto sia possibile ricostruirlo. Solo un **trattamento clinicamente appropriato ed eticamente proporzionato è eticamente giusto e giuridicamente legittimo**. Ogni trattamento clinicamente non appropriato o clinicamente appropriato ma non accettato da una persona e quindi non proporzionato non deve essere iniziato o deve essere sospeso con modalità tali da rispettare la dignità della persona e la sensibilità dei suoi familiari ⁽³⁾.

È opportuno ricordare che il **rispetto del criterio di proporzionalità** oltre che un dovere etico è anche un **obbligo deontologico**: infatti così si esprime in materia il **Codice di Deontologia Medica del 2014, all'art. 16: “il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita...”**

Il **rispetto del criterio di proporzionalità** delle cure è inoltre un **obbligo giuridico** espressamente previsto **all'art.2 comma2 delle legge 219/17** relativa al consenso informato e alle disposizioni anticipate di trattamento, che recita: **“nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati...”**

L'essenza dell'etica dell'accompagnamento è sintetizzata nelle parole di **Cicely Saunders**, fondatrice del St. Christopher's Hospice e promotrice della cultura delle cure palliative: **“la sofferenza in fase terminale è sempre “total pain” (dolore globale)**, la radice della sofferenza in fase terminale non è solo fisica ma anche psicologica, emotiva, spirituale, per cui **non si può pensare ad impostare la terapia solo in termini medico-farmacologici, ma bisogna implementarla con una forte relazionalità**, promuovendo una adeguata risposta alle componenti personali del dolore terminale.”

RIFERIMENTI

- 1) Corrado Viafora, *“Per un'etica dell'accompagnamento”*, Bioetica (rivista interdisciplinare), 1/1966, 1-9.
- 2) H.M. Chochinov, *“Dignity conserving care. A new model for palliative care: helping the patient feel valued”*, Jama 2002, 17, 2253-60.
- 3) Le cure di fine vita e l'anestesista rianimatore - raccomandazioni SIAARTI per l'approccio alla persona morente - 2018

Questione medica. Fuga dal SSN e prepensionamenti. Cosa sta succedendo dopo due anni di pandemia

Secondo una recente indagine del sindacato Cimo-Fesmed, solo il 28,4% dei medici ospedalieri vuole restare come dipendente nel SSN, il resto vuole spostarsi nel privato, andare in pensione anticipata o migrare all'estero. Tra le motivazioni di questa fuga i carichi di lavoro eccessivi, la smisurata mole di burocrazia e di compiti di natura amministrativa, la scarsa considerazione del ruolo sociale e una retribuzione non commisurata ai carichi di lavoro e alle responsabilità. A tutto questo, poi, lo stress dovuto al Covid.

Analogo risultato in uno studio Anaao-Assomed, che quantifica in 21 mila gli specialisti persi dal SSN negli ultimi tre anni per dimissioni volontarie, pensionamenti, invalidità e decessi.

Alberto Olivetti, intervenendo al dibattito nel convegno FNOMCeO sulla Questione Medica ha affermato: «L'attuale situazione sta portando a molti prepensionamenti che vanno a impattare anche sulla cosiddetta gobba previdenziale che avevamo già scontato nei nostri interventi di riforma. Stiamo quindi tenendo sotto controllo questa tendenza».

Gli fa eco il Presidente FNOMCeO Filippo Anelli che afferma: «Questa propensione alla pensione anticipata, espressa da tanti giovani (il 25% dei medici tra i 25 e 34 anni e il 31% di quelli tra i 35 e i 44 anni) è un dato scioccante che fa riflettere e mostra quanto profonda sia la crisi legata alla perdita di fiducia nel futuro, alla mancanza di speranza di un domani migliore per la nostra professione. Sono tanti i colleghi che non si riconoscono più in una professione mortificata da carichi di lavoro abnormi e da un'invadenza burocratica che soffoca l'autonomia professionale. La prescrizione farmaceutica e le prestazioni diagnostiche sono oramai appesantite

da orpelli, modelli, piani terapeutici e quant'altro, utili solo a sottrarre al medico quel tempo che invece avrebbe dovuto garantire al cittadino. Sono tante, troppe, le ore in più svolte, spesso in violazione delle norme, senza essere totalmente o parzialmente retribuite. Il 64% dei medici ospedalieri e il 73% dei medici del territorio non ha neanche potuto usufruire in maniera totale o parziale delle ferie. Il 74% dei medici del territorio e il 66% dei medici ospedalieri non ha a disposizione un adeguato tempo libero per vivere la sua vita privata e familiare». L'aumento dei carichi di lavoro ha sottratto tempo alla famiglia, al riposo e alla vita privata. Nel corso degli ultimi due anni, la maggioranza dei medici del territorio (55%) e degli ospedalieri (44%) ha dovuto rinunciare o ridurre i giorni di ferie. Conciliare famiglia e lavoro è diventata un'impresa quasi impossibile per i medici che lavorano nel SSN.

Soprattutto questo aspetto, oltre al "burnout", sarebbe il motivo che sta portando al significativo aumento delle dimissioni tra le fila degli operatori sanitari. Complice del fenomeno è stata sicuramente la pandemia che ha peggiorato le condizioni di lavoro negli ospedali, ma il fenomeno non è nuovo. È dal 2017 che si assiste, in tutta Italia, a una vera e propria fuga, con un trend in progressivo aumento. Secondo dati dell'ONAOI del 2020 e del 2021 i licenziamenti dal SSN sono passati da 2.000 a 3.000 ed a questi si aggiungono le uscite per pensionamento. Il tutto con in un contesto che già lamentava pesanti carenze di organico (-46 mila addetti tra il 2009 e il 2019).

Nel 2021 la media nazionale dei medici dipendenti che hanno deciso di licenziarsi è stata del 2,9%, (in Calabria il 3,8%, in Sicilia il 5,2%, in Lombardia

ed in Liguria i medici che hanno deciso di andarsene sono aumentati del 40%). Una fuga senza precedenti, da Regioni con storie, organizzazioni e realtà sanitarie completamente diverse, ma unite da un sentimento comune: i medici non vogliono più lavorare in ospedale. Cercano orari più flessibili, maggiore autonomia professionale, minore burocrazia. Cercano un sistema che valorizzi le loro competenze, un posto di lavoro che permetta loro di dedicare più tempo ai pazienti e di poter avere tempo anche per la vita privata.

Con il blocco del turnover, i turni di servizio per i singoli operatori sono in netto incremento numerico negli ospedali italiani, con weekend quasi tutti occupati da guardie e reperibilità, con difficoltà perfino a poter godere delle ferie maturate. Per non parlare poi degli straordinari fatti e mai retribuiti.

Le aggressioni, sia verbali che fisiche, le denunce in sede legale, la conflittualità per le inefficienze non dovute all'operato medico, sono poi la goccia che fa traboccare il vaso.

Di qui la scelta verso il settore privato, sempre più attrattivo perché meno stressante. La casistica è di elezione e la remunerazione, specie nelle branche chirurgiche, migliore.

Il cambiamento culturale e sociologico è così forte che sempre di più i neo-laureati ambiscono a specializzazioni spendibili sul mercato privato a scapito di quelle considerate più gravose e rischiose che non riescono più a saturare i contratti di formazione disponibili annualmente.

Siamo destinati ad avere sempre meno medici... Italiani.

Ci dovremo abituare ad avere quelli... Cubani.

ROBERTO MORA

Dove porta l'espansione delle attività dei farmacisti?

FRANCESCO DEL ZOTTI

MEDICINA GENERALE VERONA, DIRETTORE DI NETAUDIT (WWW.NETAUDIT.ORG), GIÀ MEMBRO COMMISSIONE ICT (INFORMAITION COMMUNICATION TECHNOLOGY) DELLA FNMCOE

IL RISCHIO DELLA MESSA IN CRISI DI ENTRAMBE LE FIGURE PROFESSIONALI SIA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) SIA DEGLI STESSI FARMACISTI

Nel 2007 partecipai al gruppo di ricerca del Wonca (Egprn) a Vilnius in Lituania. Come tradizione durante il congresso vi fu una "practice visit". Visitai l'ambulatorio ben organizzato di 4 MMG. Fui sorpreso dal constatare che nel I stanzone, dentro l'ambulatorio, era ospitata una farmacia. In Italia in questi decenni abbiamo più volte assistito ad una collaborazione indiretta nella gestione degli spazi. Vari gruppi di MMG italiani hanno preso in affitto locali appartenenti alla farmacia vicina, con ovvio vantaggio dei pazienti che hanno così trovato in sequenza spaziale ciò che è in stretta sequenza temporale: la ricetta e il prelievo in farmacia, così come sostenuto anche da importanti dirigenti sindacali (<http://www.farmacista33.it/nuovi-trend-mmg-senza-casa-bussano-ad-asl-e-farmacie/politica-e-sanita/news--37020.html>). Eppure non poche volte abbiamo avuto la sensazione di una collaborazione un po' indiretta e non del tutto chiara. Insomma si è persa l'occasione di una triangolazione alla luce del sole tra MMG, farmacisti e pubblica autorità sanitaria, con paletti e ponti tra le due professioni magari concordati tra i due rispettivi ordini professionali. Insomma il rapporto tra MMG e farmacista resta un'opera incompiuta. Anzi, negli ultimi anni abbiamo assistito ad una sorta di competizione

che vede all'iniziativa le farmacie ed in difesa i MMG, come ben descritto in un recente editoriale del dr Mario Baruchello sul recente numero di *Medicinae Doctor* (<http://www.passonieditore.it/md/0821/index.htm>). In effetti molte farmacie, forti di una base di risorse economiche maggiori, sono state intraprendenti in iniziative private che avrebbero potuto essere gestite dai MMG. Ad es: il *testing office*; la gestione anche di alcuni semplici test diagnostici, magari in congiunzione con qualche specialista (dermatoscopia; audiometria); la tele-cardiologia: in particolare l'holter pressorio 24 ore e l'elettrocardiogramma in telemedicina. Non solo: nell'ultimo anno, in periodo Covid, le farmacie hanno gestito da protagoniste la mole dei tamponi rapidi, l'introduzione del loro risultato in piattaforme regionali, nonché, in alcune aree geografiche, le stesse vaccinazioni anti-Covid. Ma ciò che intendo analizzare nel seguito di questo articolo è il seguente punto: questo successo è foriero solo di altri successi dei farmacisti a scapito dei MMG o può introdurre un'instabilità rischiosa per entrambe le professioni?

Quel che per certi versi è stato più che sorprendente è notare come negli ultimi mesi abbiamo avuto l'impressione che le farmacie private siano state più ricettive ai comandi regionali rispetto ai MMG convenzionati. In effetti non poche volte i farmacisti sono stati attivi nell'apertura dei Fascicoli Sanitari Elettronici, anche se la deontologia e la normativa del Consenso hanno vari punti ancora non chiariti (<http://www.passonieditore.it/md/0517/focus%20on.pdf>).

Questa relativa sudditanza dal comando pubblico è stata resa più evidente ad es. nel ruolo attivo dei farmacisti nella stampa dei *greenpass*, compito che invece è stato criticato dalla dirigenza sindacale dei MMG

(vedi ad es dichiarazione del segretario Fimmg Scotti al Link: <https://www.palermotoday.it/cronaca/coronavirus-medici-famiglia-green-pass.html>)

Non possiamo quindi tacere che questa indiretta competizione con la MG nell'assolvere a compiti pubblici sta creando una contraddizione tra il ruolo tradizionale di farmacie come aziende private e il nuovo loro ruolo crescente di dipendenza da strette indicazioni pubbliche. Questa ampia oscillazione dei campi di interventi potrebbe esitare in moltiplicazione della quantità degli interventi a discapito della loro qualità, ad es della qualità delle evidenze dietro certi interventi. Mi riferisco ad es. alla diffusione nelle farmacie di test anticorpali per il Covid sia pre-vaccino sia post-vaccino, spesso criticati dalla comunità scientifica. Citiamo, inoltre, la vendita dei test antigenici fai-da-te, il cui commercio da una parte è presente in diverse farmacie e che dall'altra è criticata dagli stessi dirigenti dei farmacisti, per la comprensibile mancanza di tracciabilità di una positività che sarebbe del tutto opportuno che non sfugga alla sanità pubblica (https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2021/10/12/federfarma-per-tamponi-fai-da-te-ce-problema-tracciamento_0c5bcff4-ab69-4326-a34f-a10579f897a9.html)

E d'altra parte l'esplosione esponenziale nelle ultime settimane della richiesta di test da parte dei no-vax sta creando dei possibili contrasti tra gli stessi farmacisti, ed in particolare tra i farmacisti dipendenti e i farmacisti titolari. Ad esempio illuminante sono le dichiarazioni di farmacisti dipendenti. Citiamo uno stralcio da Repubblica: "I NO VAX IN CODA, E SE C'È DA ASPETTARE CI TRATTANO COME BESTIE" di Arianna Di Cori Repubblica - 15 ottobre 2021

«Fate i tamponi?». ...»Alla Farmacia Internazionale, in piazza Barberini, nel cuore della Roma della Dolce Vita, i dipendenti sono esausti. «E non è ancora niente», esclama la farmacista, mentre mostra gli appuntamenti già fissati per questa mattina. Decine e decine di nomi scritti uno dopo l'altro. «E tutti vorrebbero farli alle 8 del mattino, prima di andare al lavoro, sarà impossibile soddisfare tutte le richieste», dice. C'è stato un aumento di richieste in vista dell'obbligo del Green Pass per lavorare? «Generalmente ne facciamo 100 al giorno, ma nelle ultime 24 ore abbiamo raddoppiato. Il telefono squilla solo per quello, è un continuo, e sarà sempre peggio, dato che tutti prenotano per più tamponi, così da assicurarsi ogni due giorni. Ormai non è più un servizio al cittadino, ci trattano come bestie, si arrabbiano se spieghiamo che non è possibile farlo immediatamente. Ma si andassero a vaccinare... E ci chiedono pure gli abbonamenti».

Tutto ciò sino alla recente dichiarazione di una dipendente sul Corriere della Sera del 5 novembre 2021 che dichiara che si rifiuterà di eseguire tamponi ma si limiterà solo a vaccinare. L'articolo dal titolo (https://bergamo.corriere.it/notizie/cronaca/21_novembre_05/farmacista-che-non-fa-piu-tamponi-no-vax-basta-troppo-violenza-insulti-c6d62fde-3e32-11ec-b8f4-254f69e7c034.shtml)

“La farmacista che non fa più tamponi ai no vax: «Basta, troppa violenza e insulti» Il racconto di Cristina Longhini, di Bergamo, che ha perso il padre per il Covid: la farmacia di Milano in cui lavora ha deciso di rinunciare ai tamponi

“...E dai no vax erano ogni volta proteste, insulti e urla. Ecco perché la farmacia Ca' Granda di Niguarda, a Milano, ha deciso di non effettuare più i tamponi, riservando quegli spazi e quel personale alla campagna vaccinale per la terza dose. «Ormai da fine settembre stavamo subendo un clima di odio e di tensione», racconta la dottoressa Cristina Longhini, 40 anni, di Bergamo, consigliera del Movimento italiano farmacisti

collaboratori che rappresenta 10 mila persone in tutta Italia e figlia di una vittima del Covid, suo padre Claudio, morto nella primavera del 2020 a 65 anni. «C'era astio nei confronti della campagna vaccinale e anche nei nostri confronti...Oppure: **“Voi non pagate il vaccino e noi dobbiamo pagare il tampone, dovrete farlo gratis, ci rubate i soldi.... Così per tre-quattrocento volte al giorno**”

E d'altra parte i farmacisti, sotto spinta pubblica, sono anche attivi nella raccolta-dati e loro raccordo con le regioni ed il MEF. In pratica non stanno ostacolando grandi concentrazioni di dati, che poi possono essere il volano non solo per i poteri pubblici che controllano i concentratori ma anche per le grandi aziende straniere. Si veda a questo proposito lo scandalo che ha riguardato le farmacie francesi, segnalata da un articolo del quotidiano IL FATTO (<https://www.ilfattoquotidiano.it/2021/05/19/dati-personali-sanitari-e-numeri-di-telefono-uninchiesta-francese-faluce-su-un-business-di-cui-siamo-merce/6199379/>), ove si legge che una nota azienda di Brokeraggio di dati sanitari, attive tra USA ed Europa, ricevevano da molte farmacie francesi i dati sanitari dei pazienti. L'articolo riporta che circa il 50% dei farmacisti francesi hanno collaborato con questi broker in Francia; in cambio dicono di ricevere resoconti statistici. Secondo una verifica dei giornalisti di regola essi non informano i pazienti e non chiedono il consenso preliminare, così come prevede il GDPR. L'articolo si conclude con: “Forse sarebbe il caso, anche in Italia, di chiedere qualche spiegazione al nostro farmacista nonché l'intervento del garante della privacy, ed opporsi all'invio dei propri dati sanitari ad aziende che lucrano sul commercio degli stessi, spesso e volentieri a nostra totale insaputa.”

Di questo passo, vi è il serio rischio che le professioni in crisi siano due: quella del MMG e quella del farmacista. Forse da parte di chi è apparentemente più forte, i farmacisti, è il caso di ri-pensare a questa rischiosa competizione e rincorsa a fare di più, con il rischio di andare oltre i confini di un'antica professione liberale.

Se le professioni dei MMG ed i farmacisti non troveranno una nuova e più esplicita alleanza potrebbero essere entrambe preda di enti più grandi di noi. Mi riferisco ad esempio ai grossi trust che anche in Italia posseggono catene di farmacie e che stanno attirando anche nei loro spazi MMG. Sono potentati che si alimentano di rapporti stretti con capitali finanziari di fondi stranieri. Né è tacere la notizia per cui il gigante Amazon sta penetrando nel business della vendita dei farmaci (<https://www.financialounge.com/news/2020/08/19/amazon-si-prepara-vendere-farmacie-anche-europa/>). Da questa fonte ad es leggiamo: “Nei giorni scorsi, lo sbarco in India di Amazon Pharmacy ha scatenato le proteste delle farmacie tradizionali, sollevando dubbi sulla sicurezza e la possibilità di controllo sugli acquisti di farmaci online, come riportato da Reuters. Dopo l'India, il raggio d'azione della farmacia virtuale di Amazon potrebbe ampliarsi, fino a raggiungere l'Europa.”

E d'altra parte proprio in questo mese (agosto 2022) compare la notizia della discesa in campo in USA di Amazon nella gestione delle visite mediche domiciliari, come si legge da Repubblica del 23 Agosto:

“dopo libri, computer e mangime per cani, gli americani potrebbero ordinare online anche il medico. E potrebbe essere il Dottor Amazon. Il gigante delle vendite online di Jeff Bezos è in corsa per acquisire Signify Health, multinazionale texana che fornisce personale e tecnologia per l'assistenza medica a domicilio.”

Se si pensa al Sistema Sanitario come ad un mercato, allora è del tutto comprensibile che il pesce grosso mangi il pesce piccolo. Solo che nel mercato il pesce grosso può incontrare un pesce ancora più grosso. Il nostro augurio è quello che i farmacisti dipendenti, i proprietari di farmacie tradizionali ed i MMG vogliano non solo precipitarsi in un futuro ordito da altri, ma ritrovino l'orgoglio di antiche professioni liberali complementari e che immaginino nuovi modi per collaborare che nello stesso tempo salvaguardino i valori-colonne portanti oggi sotto attacco.

Fascicolo Sanitario Elettronico, Silvestro Scotti: «In Gazzetta Ufficiale un attacco inaccettabile alla categoria»

«Tra poco scopriremo che anche la siccità è colpa dei medici di medicina generale», è una battuta che disvela un profondo senso di amarezza quella pronunciata dal segretario generale Fimmg Silvestro Scotti, all'indomani della pubblicazione in Gazzetta Ufficiale delle Linee Guida per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. «Un documento tecnico - fa notare Scotti - all'interno del quale si ritrovano una serie di considerazioni che non hanno alcun riscontro nei fatti e che dimostrano un inaccettabile pregiudizio nei confronti dell'intera categoria dei medici di medicina generale». Quattro, in particolare, i punti del documento nei quali "si getta la croce" sui medici di medicina generale per giustificare i dati contenuti nel report di monitoraggio AgID (elaborati sulla base dei dati dichiarati dalle Regioni) dal quale emerge che al III trimestre 2021 l'alimentazione del Profilo Sanitario Sintetico è quasi nulla. Nel documento pubblicato in Gazzetta Ufficiale, elaborato dal Gruppo di lavoro istituito presso il comitato interministeriale per la transizione digitale, viene scritto che questo fenomeno

sarebbe causato da carenze dei medici di medicina generale che "sono spesso poco abituati a lavorare con la tecnologia e hanno scarse competenze digitali", "hanno limitate competenze digitali", "utilizzano soluzioni di cartella clinica digitale, che, pur essendo collegate con Sistema TS per l'invio delle prescrizioni elettroniche, non sempre sono integrate con il FSE, limitando ciò la sua alimentazione e la consultazione dei documenti in esso presenti" e adoperano in modo insufficiente "software orientati alla gestione nativa del dato clinico". Considerazioni gravi, che spingono il segretario nazionale Scotti a domandare «da quale studio emergano queste lacune dei medici di medicina generale e di indicarne la fonte. Dov'è dimostrato che siano poco digitalizzati solo i medici di medicina generale rispetto a tutti gli altri professionisti, medici e altre professioni sanitarie, coinvolti nell'alimentazione del Fascicolo sanitario elettronico?

Dov'è dimostrato che le cartelle cliniche in altri setting assistenziali, ospedali e distretti - oltretutto fornite dal

pubblico - siano già interoperabili con il FSE? E che queste cartelle cliniche siano in grado di implementarlo meglio dei software e delle piattaforme di cui la medicina generale si è dotata? o meglio perché non ricorrere alla cooperazione applicativa che sembra l'unica soluzione che non si voglia applicare? Infine, ci chiediamo, se i software utilizzati e acquistati dalle Aziende per la parte dipendente abbiano lo scopo di orientare un professionista sanitario nella gestione nativa del dato clinico che invece dovrebbe nascere da una valutazione competente, argomentata e orientata alla persona che si ha davanti piuttosto che da un algoritmo creato da un informatico».

Il FSE rappresenta sicuramente uno strumento utile se lascia la risposta professionale al medico e al cittadino, non può essere invece lo strumento di una dittatura informatica che rende tecnici e quindi terminalisti i professionisti. Fimmg, pertanto, alla luce di quanto pubblicato, chiede l'intervento della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici a tutela del professionalismo medico.

DIPLOMA DI FORMAZIONE SPECIFICA DI MEDICINA GENERALE PER INCARICHI DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO

La Corte Costituzionale ribadisce che l'art. 21 del D.Lgs. n. 368 del 1999 subordina l'attività di medico chirurgo di medicina generale nel Servizio sanitario nazionale al possesso del diploma di formazione specifica di medicina generale, e l'art. 8, comma 1, lettera h), del D.Lgs. n. 502 del 1992, individua tale requisito quale principio a cui informare gli accordi collettivi nazionali per la disciplina del rapporto di convenzionamento. Pertanto, per l'assegnazione di incarichi a tempo indeterminato, anche nell'emergenza sanitaria territoriale, i suddetti accordi impongono il possesso del diploma di formazione specifica di medicina generale, che è condizione necessaria per l'iscrizione nella graduatoria regionale utilizzata per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, nonché il possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.

Loop temporale sanitario lungo 30 anni

Caro Direttore, rovistando nella mia soffitta elettronica ho trovato un'antichissima lettera che risale addirittura al 1995 e che ha per argomento la Sanità ed è a firma di un carissimo amico: **Camicebianco**. È rivolta a **Cipputi**, mitico archetipo del lavoratore metalmeccanico comunista creato dal grande Altan negli anni '70....

“CARO CIPPUTI...” 1995

Come si usa fra compagni... di sventura consentimi di darti del tu; beninteso la cosa è reciproca.

Chi sono io?

Un medico pubblico, stanco come te di essere preso in giro. E diciamo pure che chi prende in giro me sono le stesse persone che lo fanno con te.

Perché mi rivolgo a te?

È abbastanza semplice in fondo anche se richiederà un po' di tempo e di carta.

In questa società dell'informazione a tutti i costi, in realtà, l'eccesso di informazione porta alla paralisi mentale, per cui alla fine nessuno capisce più niente di ciò che veramente conta ma solo quello che “qualcuno” vuole che la massa capisca.

E la massa siamo tutti noi!

Una volta, quando i Media erano più elementari e sanguigni, era più facile capire chi era l'avversario politico od economico (in fondo non c'era poi differenza); qualche decennio fa si poteva ancora parlare legittimamente di “classi sociali” per cui, effettivamente, forse, noi si poteva anche essere inquadrati in due classi distinte: operaia tu, borghese io. Invece il “progresso” ci ha portato alla fine delle classi, almeno di quelle “classiche” (scusami il bisticcio).

Oggi in realtà abbiamo due sole classi come diceva il Marchese del Grillo “Io so' io e voi non siete un c...” vale a dire chi conta e chi no.

Bene, qualora non te ne fossi accorto noi non contiamo un mitico c...!

Noi serviamo entrambi a produrre dei

beni di consumo e della ricchezza che poi altri usano per fini loro asservendo noi ed i nostri figli (moderni schiavi, in prospettiva, dei droidi) in un meccanismo perverso fine a se stesso che si automantiene.

Hai ragione, tu lo avevi capito molto tempo fa, mentre io -per colpa della cultura- ci sono arrivato con molto ritardo; neanche tu però, ad onor del vero, avevi completamente individuato i veri strumenti di lotta.

Il sindacalismo a te, come a me, è infatti risultato fatale.

Né tu né io ci siamo accorti di quali erano i suoi veri accordi col “potere” che prevedevano mobilitazioni, agitazioni di facciata mentre dietro a tutto si nascondeva la spartizione.

D'altro canto essendo noi italiani un paese coloniale non potevamo non subire il gioco dei blocchi; abbiamo così avuto anche noi la nostra Yalta.

Alla fine a te è stato tolto il comunismo, a me il mito del liberismo; ad entrambi la speranza di una vera democrazia compiuta e della solidarietà.

Ti chiederai perché un medico pubblico deve fare queste riflessioni con te.

È una domanda legittima dato che per tanto tempo gli stereotipi di regime hanno stabilito che non vi fosse punto di contatto tra i camici bianchi e le tute blu come la tua.

Fra i tanti il primo che mi viene in mente è gentilmente fornito in questi giorni dal comune nemico: il Governo (quello attuale come quelli passati, sia chiaro).

Mi riferisco al ticket sulle prestazioni di Pronto Soccorso (o PS) non seguite da ricovero. Premetto che di tale modalità di accesso a delle prestazioni sanitarie si è fatto e si fa un abuso continuato (magari poi vedremo i motivi) tuttavia il modo come è stato affrontato il problema merita solo un aggettivo: idiota! Il perché?

1. Non è detto che qualcosa di importante sia sempre seguito da ricovero immediato (per mancanza di posto letto, perché il paziente preferisce curarsi ambulatoria-

mente, etc);

2. È possibile che problemi sanitari di lieve entità richiedano per la loro complessità (numero, durata, etc) un ricovero che però non può avvenire per motivi tecnici (indisponibilità ad esempio di un'attrezzatura particolare o emergenze per casi più gravi);

3. È possibile che problemi sanitari non gravi oggettivamente lo siano invece da un punto di vista soggettivo del tutto legittimo (ad esempio una pediculosi delle palpebre in un neonato non lo porta a morte tuttavia è umano e comprensibile lo stato di allarme dei genitori);

In tutti questi casi il pagamento di un ticket sarebbe chiaramente ingiustificato ed iniquo ma a tutto questo chi ha formulato la proposta di legge non ha minimamente pensato (l'alternativa è che sia un sadico, spesso però i sadici sono anche idioti).

Allora per una reale valutazione della necessità di una prestazione di P.S. chi meglio dello Specialista può farlo e proprio nel momento della prestazione, con la diretta possibilità di verifica anche delle “urgenze soggettive” che possono esser non meno reali di quelle oggettive?

Va da sé che vi saranno degli errori di valutazione o delle “compiacenze” (siamo realisti!) ma certamente non vi sarà più l'intasamento attuale da un lato né dall'altro l'ingiustizia automatizzata che quella proposta legalizza e sulla quale come Medico non sono assolutamente d'accordo. Un secondo importante elemento che ci accomuna è stato quello di essere stati bellamente gabbati dai nostri organismi sindacali, come dicevo dianzi.

Sulla spinta di un populismo falso e demagogico (perché tale si è dimostrato nei fatti degli ultimi 30 anni) che voleva dare tutto a tutti e gratis siamo stati tutti appiattiti dal garantismo della mediocrità. E i sindacati dei medici, furbescamente, si sono

adeguati al clima generale convinti, dall'alto del loro essere "gente studiata" di poter cavalcare la Tigre che li ha poi puntualmente inghiottiti insieme a noi e a voi.

Un esempio?

I nostri salari (il tuo come il mio) sono ridicoli; giusto perché tu ne sia informato io sto lavorando per meno di 25.000 lire l'ora e gli eventuali straordinari (che peraltro ci diffidano dal fare) non ci vengono pagati; negli ultimi 10 anni abbiamo avuto un'erosione del 47%.

Come vedi non siamo dei privilegiati.

Anzi con l'ultimo contratto le 4 ore settimanali di aggiornamento obbligatorio, che aveva chi era a Tempo Pieno, come me, sono state abolite e le 36 ore settimanali sono diventate 38.

Poveri, quindi, ma ignoranti!

E ancora.

Una volta uno poteva accettare un salario minore in cambio della certezza di un posto "a vita"; bene! Con l'ultimo contratto i nostri amici paramedici hanno addirittura rimediato di non essere più di ruolo ma con incarico a tempo indeterminato!

Se queste sono conquiste sindacali preferisco il Padrone delle Ferriere!

Che dire poi delle microchirurgie fiscali per cui se tu, per stare in campo medico, fai una visita privata e spendi 100.000 lire, fattura alla mano, ne puoi detrarre solo 22.000?

O se vai dal dentista, dei milioni che spendi, quanti ne puoi scaricare?

Non sarebbe giusto poter scaricare tutto quello che spendi per curarti, tu e la tua famiglia, specie se hai in mano una fattura? non è il tuo stato di salute indispensabile a "produrre il tuo reddito"?

Ma questo principio perché non può (ed evidentemente non deve!) valere per qualunque altro settore professionale (Notaio, Avvocato, Architetto, etc.) o commerciale (se compri un elettrodomestico tu spendi ed un altro soggetto guadagna, quindi le tasse le dovrebbe pagare lui); e invece no!

Siccome si tratta di spese "che non concorrono alla produzione del reddito professionale" tu -e neanche io- le possiamo detrarre.

E la casa?

Ci paghi l'ICI perché si presume un reddito ma se fai una riparazione al

tetto le spese non le puoi detrarre; che senso ha questo?

Bada bene, caro Cipputi, caro compagno di sciagura, i politici e i sindacalisti non ci hanno fatto questi scherzetti perché incapaci, fuori di testa o per inguaribile "utopismo scientifico" (motivi che possiamo concedere ad alcuni, ma sono pochi) bensì per un preciso calcolo personale o d'apparato, come Tangentopoli, Affittopoli, Sanitopoli, FSopoli, Chimicopoli, Fiatopoli, Coopopoli, Ecceteropoli dimostrano continuamente, in una sarabanda mai finita, in cui il peggio del peggio è sempre in arrivo.

Evidentemente l'apparato statale, con la sua disorganizzazione scientifica, fa buon uso dei nostri soldi; gli oltre 2 milioni di miliardi di debito pubblico sono lì a dimostrare che non di un caso si è trattato.

Oggi per la disperazione ci stiamo anestetizzando a botte di Sanremi, calcio e culi in TV per non parlare dei salvaslip e degli assorbenti con le ali!

In questo contesto c'è da chiedersi (e quindi noi ce lo chiediamo, che dici?) quale Sanità ci sta preparando il nostro amato Governo e questo mi interessa perché anch'io (ho 47 anni) mi ammalo, esattamente come te.

Le trattenute ce le fanno (a te e a me), il personale (noi) lo pagano con paghe da fame, i servizi o non ce li danno (a te e a me) o sono di scarsa qualità oppure, se sono di qualità richiedono tempi d'attesa autoptici (si fa in tempo a morire); questo è abbastanza noto, perché vero, anche se non su tutto il territorio nazionale.

Il Veneto in effetti è un'isola abbastanza felice per l'utente -come dimostrano i numerosi fuori regione totalizzati- un po' meno felice lo è per gli operatori sanitari.

E stai in campana mio sfortunato compagno perché sta arrivando la mitica "Carta dei Servizi", dove si dirà che cosa ti può offrire la Sanità e ti elencheranno tutta una serie di cose meravigliose che potrai esigere stringendo il tuo librettino giallo!

Sappi che se non cambiano regole e retribuzioni nulla in realtà potrà cambiare; siamo ormai "alle tele" come si dice, il barile è già stato raschiato tutto, e noi della generazione di mezzo abbiamo

già dato tutto ed anche di più.

Il motivo per cui mi rivolgo a te quindi è: non staranno per caso scientemente e definitivamente affossando la Sanità Pubblica a vantaggio di quella privata?

Perché se così fosse vorrebbe dire che ancora una volta sono tutti d'accordo; se è così che possiamo fare?

Il nostro Parlamento ci rappresenta degnamente come dimostrano gli urlacci, le risse e i cappi che la TV ci rappresenta quasi quotidianamente; abbiamo 1000 parlamentari (più di quelli della Cina Popolare) ma la loro produttività reale mi pare piuttosto bassa; o no?

Le 150.000 leggi dello Stato Italiano sembrerebbero dire che lavorano tanto rispetto ai fannulloni della Germania che ne hanno 6000! o non sarà invece che ce ne sono tante di vecchie, inutili e dannose (come le migliaia di Enti inutili tuttora vivi e vitali) tenute su ad arte per fare gli interessi di qualcuno che le carte le vuole belle confuse?

Io che ho scelto ormai molti anni fa la Medicina Pubblica sono stanco, esasperato, "tengo pure famiglia" (ho moglie e 3 figli) che devo fare? Temo non mi resti altra scelta che andarmene, sia pure a malincuore, e l'esperienza professionale che ho maturato negli ultimi 25 anni, se ti servirà, dovrai venirtela a cercare privatamente e, con la morte nel cuore, mi toccherà fartela pagare.

Ammalarsi sarà sempre più una roba da ricchi, uno status symbol!

Sinceramente tuo **Camicebianco**

MEDICI E PAGLIACCI (2000)

Ho appena spento la televisione e non riesco a scrollarmi di dosso una sensazione sgradevole che stento a definire; il programma "Pinocchio" di Gad Lerner con il titolo "Medici e Pagliacci" <https://youtu.be/ttS9AKwD52M> non mi ha convinto... ma perché? mi chiedo...

Bah! ci dormo su. Il giorno successivo, tornato in ospedale le cose si fanno più chiare; passo per i corridoi dove la gente sosta in paziente attesa e, finalmente, la realtà si fa strada: il programma ha viaggiato tutto su

una premessa inaccettabile: il Medico "tipo" non ha o la conoscenza o la minima considerazione del paziente in quanto persona. Gli unici a capire sarebbero, a parte l'onniscente giornalista, "il va sans dire", tutti gli altri ospiti laici della trasmissione che a vario titolo intervengono. Lo spunto iniziale del programma viene dal film di Robin Williams⁽¹⁾ di cui vengono proiettati alcuni significativi spezzoni che ribattono sempre il medesimo concetto "La medicina ufficiale" inadeguata e crudele perché non vuole capire la realtà della sofferenza umana ed è per questo che un numero sempre maggiore di pazienti si rivolge alle medicine alternative, sole depositarie -sembra- di una visione olistica dell'uomo. Ancora una volta quindi il Medico è sul banco degli imputati. Le accuse? Insensibilità, arroganza, cinismo, superficialità, organicismo, scarsità di fantasia,.. Come rimediare al grigiore che caratterizza ormai l'agire medico? ma è ovvio, come direbbe il marchese di Lapalisse: la comicità, i clown in corsia come insegna il bravo e convincente Patch Adams!

Anticipo sin d'ora che sono assolutamente favorevole all'introduzione di un clima più sereno e disteso in corsia magari anche attraverso figure professionali come i Clown, anche se ho alcune perplessità sul come ciò sia effettivamente realizzabile nell'ambito della politica di rigore che sembra improntare il futuro prossimo della Sanità. Se poi pensiamo che nella maggioranza degli Ospedali italiani non ci sono neanche psicologi clinici che possano sostenere i pazienti neoplastici...!!! Anche in questa puntata il conduttore quasi sempre trancia in bocca le risposte articolate che i medici "inquisiti" cercano di dare; l'unico che riesce abbastanza ad articolare un ragionamento è il Dott. Aldo Pagni ma non so se il messaggio sia passato nei confronti del grande pubblico.

Il tema della paura del Medico viene sfiorato appena e subito abbandonato perché evidentemente parlarne lo renderebbe umano; timido è pure l'accento alla bidirezionalità del rapporto (medico/paziente) e all'aggressività dei pazienti conseguenti alla modificazione del rapporto pattuale individuale per opera della Medicina Sociale, di cui i Medici sono solo una delle componenti. Questi che erano, per me, i nodi e le chiavi di lettura della serata; come da copione sono stati travolti dalla gestione spettacolare; d'altro canto "Pinocchio" è anche un programma di intrattenimento e necessita di audience. Cercherò di parlarne un po' da queste pagine a conforto dei nostri 25 lettori.

LA PAURA DEL MEDICO

1. La professione del Medico da sempre ne fa un isolato, un solitario, perché ha di fronte la sofferenza, l'invalidità e la morte e soprattutto la paura della sofferenza, dell'invalidità e della morte altrui ma anche proprie; la letteratura mondiale ci consegna diari, romanzi, cronache che parlano di queste figure; sono rari i casi di gioia e spensieratezza; questo vorrà pur dire qualcosa al di là delle suggestioni cronachistiche. Oggi l'agire del medico è sempre più sotto inchiesta e non solo per il medico che delinque, omette o sbaglia. È o si sente (il che è lo stesso) sempre col fiato sul collo, sempre a doversi muovere con la necessità di pararsi la schiena. Questo fino a vent'anni fa non succedeva, oggi sì. Accanto a questa vi sono altre paure, come dire, istituzionali.
2. Oggi per il Medico pubblico la sicurezza del posto di lavoro sta scemando, la mobilità comincia ad essere una realtà, è divenuto possibile il licenziamento "ad nutum" basta non condividere le

strategie aziendali o le modalità per conseguirle. Non è sempre così scontato che ciò che sceglie un Direttore Generale (tutto preso dal pareggio di bilancio) sia il meglio possibile per i pazienti/utenti (divenuti cittadini anche nel nostro ultimo Codice Deontologico). E chi si deve frapponere tra una dimissione... precoce (per motivi ragionieristici) e la sofferenza o l'angoscia di un paziente ad autonomia limitata se non il Medico? non importa a nessuno se nel farlo un giorno dopo l'altro silenziosamente, lontano dai riflettori, egli vede lentamente salire i suoi giorni di degenza media o lo sfioramento rispetto al budget. Se nel far questo egli, oggi, rischia il posto non interessa a nessuno.

3. I ministri della sanità degli ultimi lustri sembra si siano fatti un punto d'onore di organizzare il SSN non solo senza i medici ma contro di essi, rendendoli capri espiatori di tutti i mali della sanità organizzando vere campagne di linciaggio morale (l'ultima quella dei "morti paganti" finita ovviamente in una bolla di sapone il cui scoppio è stato sapientemente sfumato dai media, servi del potere politico).

Bidirezionalità dei rapporti (medico/paziente)

- I. Un tempo l'esempio e l'insegnamento che ricevevamo dai nostri Maestri imponeva contegno, riservatezza, un certo distacco per limitare trasferimenti sconvenienti o inopportuni, od anche solo il rischio che si potesse dar adito a questi.
- II. Ed ancora "Medicus non accedat nisi vocatus" era una delle grandi regole; e qual'era lo spazio cui si doveva accedere solo su richiesta? Era, evidentemente

(1) Nonostante il buon incasso al botteghino e la nomination agli Oscar, il film fu bocciato dalla maggioranza dei critici. Su Rotten Tomatoes il film detiene un indice di gradimento del 23% basato su 64 recensioni.^[1]

Roger Ebert ha dato al film il voto di 1,5 stelle su 4 dicendo: "Patch Adams mi ha fatto venire voglia di spruzzare lo schermo con del Lysol. Questo film è vergognoso. Non è un tentativo di strappalacrime, estrae le lacrime singolarmente con la liposuzione, senza anestetico".^[2]

Addirittura lo stesso Patch Adams ha criticato negativamente il film, affermando che semplifica molto il suo lavoro, che consiste molto di più che comportarsi come un clown.^[3] Inoltre, Adams ha detto: "Io lo odio quel film"^[4] e "Williams, per fare me, e anche in modo contestabile, ha guadagnato 21 milioni di dollari. Se fosse stato un po' più simile al vero me, quei soldi li avrebbe donati all'ospedale che tentiamo di costruire da 40 anni. Da lui non sono arrivati neanche 10 dollari".^[5] [https://it.wikipedia.org/wiki/Patch_Adams_\(film\)](https://it.wikipedia.org/wiki/Patch_Adams_(film))

- te, non il solo spazio fisico ma chi lo può definire se non un consenso bilaterale in cui però il primo input deve venire dal paziente perché non è poi così scontato che ciò sia desiderato e/o opportuno.
- III. Una volta che il paziente abbia espresso il suo desiderio di un feeling maggiore bisogna vedere se il Medico è in grado di assicurarci dato che non tutti siamo uguali, e non siamo sempre costanti nel tempo (anche il medico è un uomo e perciò stesso è limitato); ma è poi sempre vero che per comunicare veramente sia necessario instaurare una situazione di complicità?
 - IV. Tutti noi sappiamo cos'è l'ideale nella vita quando si ha un problema di qualunque genere (quindi anche medico): avere una soluzione personalizzata, rapida, facile brillante e possibilmente gratuita. Abbiamo sempre risposte ottimali a tutti i problemi che incontriamo nella vita? o vi sono dei limiti? e non è possibile che questo succeda anche in Medicina?
 - V. Il ricorso alle medicine alternative non è una novità di questi anni (basta leggere il saggio di Giorgio Cosmacini *"Ciarlatania e Medicina Cure, maschere, ciarle"* Raffaello Cortina editore) ma rappresenta uno stimolo importante a migliorare il nostro rapporto con i pazienti. Competenza tecnica, empatia, simpatia, allegria rappresentano il massimo -siamo tutti d'accordo- ma posto che tutto non si può avere, cosa è veramente prioritario? Ce lo vogliamo chiedere, seriamente? O pensiamo veramente che la soluzione delle problematiche mediche possa trovarsi nella semplice introduzione di clown nelle corsie. Sicuramente la loro presenza può affiancare le terapie e qualificare le cure che una struttura pubblica può offrire a necessità e desideri delle persone malate ma non è pensabile che tutti i medici possano essere dei Patch Adams (come non tutti gli attori sono dei Robin Williams o i gior-

- nalisti dei Gad Lerner...). Nessuno disconosce il ruolo delle endorfine ma non facciamone un cardine portante di tutta la Medicina. La Scienza Medica in questi decenni è innegabilmente e diffusamente scaduta a semplice tecnica (sia presso l'opinione pubblica sia presso i Medici), vi è stata la parcellizzazione della persona malata dobbiamo porci perciò affrontare dei nodi cruciali per cercare di risolverli.
- VI. L'aggressività Abbiamo parlato della paura del medico ma non trascuriamo la paura del paziente. Tutti concordiamo che nel binomio l'elemento più fragile è il paziente; questo, spesso impaurito, va incontro ad una sorta di regressione che lo porta a capire poco o male indipendentemente da come il Medico spiega (e non siamo tutti frettolosi o superficiali; personalmente do ai miei pazienti delle schede informative sui loro problemi e sovente non vengono neanche lette). Le conseguenze di tale difficoltà di comunicazione le conosciamo tutti. È vero che sarebbe auspicabile che ogni paziente ricevesse tutto il tempo di cui ha bisogno ma tale sacrosanta necessità cozza sempre più e in maniera insormontabile con una gestione temporizzata delle risorse che la sanità pubblica infligge tanto ai pazienti che ai medici, entrambi vittime di meccanismi politici imperscrutabili. La regressione del paziente scatena due meccanismi ulteriori, facce opposte della stessa realtà: il paternalismo del medico e l'aggressività dei pazienti.
 - A. Il Paternalismo A tale parola solitamente associamo una valenza negativa; mi sono sempre chiesto perché. Un padre solitamente cerca di fare il bene per il proprio figlio, potrà forse sbagliare o non riuscire completamente, ma una cosa è certa ci prova e questo è segno di partecipazione ed interesse. Come con i figli può essere necessario un lavoro di guida e indirizzo che spinge il paziente in direzioni diverse da quelle che il paziente desidera

- o ritiene opportune; in tale situazione è necessario che nel medico vi sia determinazione, bisogna quindi vedere come si riesce a mediare tutto ciò; a volte si riesce a volte no. Ma come con i figli a volte si può perdere la pazienza o non sempre si può essere adeguati, magari si può diventare noi stessi aggressivi a fronte di chiusure o resistenze.
- B. L'Aggressività dei pazienti. Il cambiamento dei rapporti Medico/Paziente intervenuto a seguito dell'avvento della Medicina Pubblica ha di fatto abolito la fiducia nel rapporto essendo stato sostituito dal patto sociale con lo Stato; la malattia diviene una limitazione del diritto alla salute cui deve obviare l'operatore sanitario fornito dal SSN (il medico). Come in ogni meccanismo burocratico attese, lungaggini, complicazioni determinano uno stato di sospensione e di irritazione che sfociano sempre più frequentemente in atteggiamenti aggressivi da parte dei pazienti quando alla fine riescono a confrontarsi con chi deve gestire il loro specifico problema che può essere risolto come no. Se a questo si aggiunge la parcellizzazione della salute come conseguenza dell'esplosione tecnologica degli ultimi decenni giustamente ricordato da più parti (anche dal Dott. Pagni). E che dire poi delle attese della massa di fronte alla spettacolarizzazione della Medicina e delle sue possibilità ed il business collegato al delirio di onnipotenza di alcuni medici che diviene funzionale alle esigenze di salute vera ed immaginaria e/o d'immagine. Non ci si può stupire che poi a fronte di grandi illusioni si verificano profonde delusioni le quali rimbalzando di bocca in bocca e enfatizzate dalla società della comunicazione producono un generale senso di sfiducia nell'azione medica ortodossa, una irritazione verso chi la esercita ed una fuga verso nuove e più attraenti medicine alternative fra le quali annoveriamo ora anche la comicoterapia.

Veniamo così al tema della trasmissione di Pinocchio. Non vi è alcun dubbio e non rappresenta una novità assoluta, uno scoop insomma, il fatto che il buonumore e l'allegria rappresentino un validissimo ausilio terapeutico o meglio di cura del paziente. La novità vera, la vera provocazione secondo me è che l'inserimento dei tecnici del buonumore in corsia serva molto ai pazienti e moltissimo ai medici!

Il grado di frustrazione che si respira oggi in una qualsiasi corsia d'ospedale è elevato ed in crescita esponenziale ed è la diretta conseguenza di una serie di meccanismi cui ho fatto riferimento più sopra, alla confusione politico-amministrativa di cui i medici sono solo molto marginalmente responsabili ma di cui sono sicuramente vittime consapevoli ed impotenti; a ciò si deve aggiungere la delusione progressiva sul piano retributivo e quella ancor maggiore su quello professionale. Non è pensabile che il trattare gli ospedali come delle Aziende, i medici come dei quadri addetti alla produzione possa produrre qualcosa di diverso che dei pazienti trattati dal sistema come bulloni; ed il merito di tutto ciò non è dei Medici.

I Medici, di questo meccanismo, sono vittime come e forse più dei pazienti, dato che sono i soli in grado di valutare le storie dei loro pazienti e le tribolazioni cui vengono sospinti prima dalla malattia e poi dal sistema. La gestione ideologica della salute ha fra l'altro portato alla demonizzazione dell'attività libero professionale; ma anche qui bisogna fare un minimo di riflessione. L'attività libero professionale non ha solo una valenza strettamente economica ma anche e forse soprattutto umana e professionale: il sapere che c'è chi ha fiducia in te e proprio a te, fra tanti, chiede aiuto è estremamente gratificante. Questo è forse l'aspetto

che sempre più difficilmente riesce ad emergere nella medicina pubblica e che è probabilmente alla base di tanta musoneria dei medici; ma come fa il Medico a essere medicina per il paziente a dargli la serenità quando è il primo ad esserne stato privato dall'inesorabile meccanismo della sanità pubblica così gestita dai politici?

In chiusura mi permetto di rilevare lo scarso bon gusto del sottotitolo della puntata televisiva di Pinocchio che non tiene conto della sensibilità dei... pagliacci nell'apparentamento con una categoria tanto screditata, come quella dei Medici; ma già da un burattino bugiardo, con la testa di legno, ci si poteva attendere di meglio?

2022

A 27 anni di distanza posso solo constatare che sono venuti finalmente al pettine tutti i nodi allora percepiti e denunciati. E nessuno dei veri responsabili del disastro sanitario ha pagato! Il più celebre di costoro (che ai suoi tempi ha preferito farsi curare in Gran Bretagna ben conoscendo le zoppie italiane!) ha avuto recentemente l'impudenza di presentarsi in una trasmissione della TV di stato. Chi si ricorda più dei malfattori protagonisti di Sanitopoli? Degli ideologi dell'Aziendalizzazione della Sanità? Di quei geni che hanno preteso il numero chiuso a Medicina e alla riduzione dei posti nelle Scuole di Specializzazione? E che con la scusa della lotta alle Baronie Universitarie hanno favorito la selezione dei peggiori, come le recenti inchieste della Magistratura dimostrano ampiamente?

https://www.repubblica.it/cronaca/2022/05/28/news/processo_alla_universita_la_ragnatela_dei_concorsi_pilotati_sotto_inchiesta_191_docenti_in_nove_citta-351586005/

https://www.ilsole24ore.com/art/inchiesta-assunzioni-universita-33-indagati-c-e-anche-massimo-galli-AEZzDin?refresh_ce=1

<https://www.money.it/universita-190-docenti-indagati-cosa-sappiamo-su-indagine>

La recente pandemia Covid ha infine messo sotto gli occhi di tutti coloro che onestamente vogliono vedere, l'assoluta incapacità di progettazione in Sanità a far tempo dai primi anni '90... Adesso andremo a votare per i Referendum sulla giustizia e anche questa sarà l'ennesima presa in giro; nessun Paese può essere credibilmente governato quando ci sono 200.000 leggi scritte in modo incomprensibile ai più. Il recente concorso per l'accesso alla Magistratura non ha forse visto solo 220 idonei ed ammessi alla prova orale (il 5,7%) su 3797 partecipanti per 310 posti disponibili?

https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_6_1.page?facetNode_1=5_3&contentId=SCE228221

Gli esclusi non sapevano l'italiano, la punteggiatura ed erano carenti dal punto di vista logico cognitivo, oltre che da quello tecnico giuridico...ep-pure non si sono fatti riguardo di presentarsi alla prova d'esame per una funzione pubblica fondamentale!

<https://www.ilriformista.it/concorso-in-magistratura-da-incubo-promosso-appena-il-5-dei-candidati-errori-che-manco-in-terza-elementare-300984/>

Ma in democrazia una legge non dovrebbe essere comprensibile da chi ha la sola Scuola dell'obbligo? O meglio Scuola che è più trendy - trasgressivo?

ALBERTO PERONI

CERTIFICAZIONI TELEMATICHE DI MALATTIA

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

Medici e infermieri: ruoli distinti e sinergici

LA RECENTE SENTENZA DEL CONSIGLIO DI STATO CONDANNA LA CONFUSIONE DI RUOLI E RIBADISCE CHE AL PERSONALE MEDICO COMPETE LA GESTIONE DEL PERCORSO TERAPEUTICO E CLINICO DEL PAZIENTE.

Anelli: “Basta dividere e strumentalizzare medici e infermieri”

Bari, 28 Giugno 2022. *“Nessuno deve mettere in dubbio l'autonomia delle singole professioni legata alle competenze possedute, ma queste ultime vanno sempre e comunque assicurate nel rispetto reciproco, in piena sinergia e mai nella logica sostitutiva. Non consentiremo più a nessuno di dividere e strumentalizzare medici e infermieri, che da sempre lavorano insieme e sui quali la pandemia ha semplicemente acceso i riflettori. Medici e infermieri si pongono, insieme, quali interlocutori privilegiati della politica, per garantire ai cittadini il diritto alla salute, attraverso tutte le competenze peculiari e sinergiche delle due professioni”* - ha commentato così **Filippo Anelli**, Presidente dell'Ordine dei

medici di Bari e della Federazione nazionale degli Ordini (Fnomceo), la recente sentenza del Consiglio di Stato (05205/2022 del 24 giugno 2022) sulle Unità di Degenza Infermieristica dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. La sentenza, respingendo il ricorso della Regione Umbria, ha ribadito ancora una volta la distinzione tra ruolo del medico e ruolo degli infermieri, condannando *“la illogica e ingiustificata ‘confusione’ di ruoli”* e definendo incontestabile che *“al personale medico compete la gestione del percorso terapeutico e clinico del paziente, mentre alla struttura infermieristica spetta il compito di attuare il percorso propriamente assistenziale”*.

Inoltre, secondo la sentenza non è adeguata ai fini di una idonea assistenza *“la presenza sussidiaria del medico di riferimento per le attività di competenza specifica e la possibilità, da parte del responsabile della posizione organizzativa, di contattare il medico di guardia della struttura inviante”*. Inoltre la sentenza ribadisce che *“tale modello non appare coerente con il quadro normativo di riferimento, preordinato alla tutela*

del diritto alla salute dell'individuo/paziente, che richiede l'intervento coordinato del medico e dell'infermiere. Il personale medico non può operare *“a distanza”*, in quanto altrimenti ciò dovrebbe determinare una traslazione delle responsabilità, non consentita dall'ordinamento. Non a caso il dato normativo attribuisce al medico la funzione di direzione ed organizzazione della struttura [...] al precipuo scopo di garantire l'appropriatezza degli interventi.”

“Medici e infermieri devono lavorare in stretta sinergia evitando una competizione di cui sicuramente non abbiamo bisogno. - ha concluso Anelli - “Le due professioni hanno profili e competenze diverse e sono quindi indispensabili per assicurare una idonea assistenza ai cittadini. Lo abbiamo ribadito nel corso del Comitato congiunto tra Federazione degli ordini dei medici e Federazioni delle professioni infermieristiche, sottolineando il ruolo essenziale che le due professioni svolgono nell'assicurare la salute dei cittadini.”

UFFICIO STAMPA KIBRIT & CALCE
ROBERTA FRANCESCHETTI



Anelli.com - Immagine di Shutterstock / Pngkit.com - Immagine di Shutterstock / Pngkit.com - Immagine di Shutterstock / Pngkit.com

Aggiornamento sulle misure di quarantena e isolamento in seguito alla diffusione a livello globale della nuova variante VOC SARS-CoV-2 Omicron (B.1.1.529)

Tenendo conto del DL N. 229 (Articolo 3 "Ulteriori disposizioni in materia di contenimento della diffusione del COVID-19") GU di oggi 30 dicembre 2021, e facendo seguito al parere riportato nel Verbale n. 58 del CTS 29 dicembre 2021, nonché ai precedenti documenti in merito:

- Circolare n. 36254 del 11/08/2021 "Aggiornamento sulle misure di quarantena e di isolamento raccomandate alla luce della circolazione delle nuove varianti SARS-CoV-2 in Italia ed in particolare della diffusione della variante Delta (lignaggio B.1.617.2)",
- Nota protocollata n. 54258 del 26/11/2021 "Diffusione nuova variante VOC B.1.1.529 (Omicron)", e
- Circolare n. 55819 del 03/12/2021 "Stima della prevalenza delle varianti VOC (*Variant Of Concern*) in Italia: beta, gamma, delta, omicron e altre varianti di SARS-CoV-2",

e considerate l'evoluzione della diffusione e la conseguente risposta a livello nazionale ed internazionale della nuova variante Omicron^{1,2,3,4}, si forniscono gli aggiornamenti sulle misure di quarantena e di isolamento raccomandate.

Premessa

I primi dati sull'efficacia dei vaccini nei confronti della variante Omicron suggeriscono che la stessa sarebbe in

grado di ridurre l'efficacia dei vaccini nei confronti dell'infezione, della trasmissione, e della malattia sintomatica, soprattutto in chi ha completato il ciclo di due dosi da più di 120 giorni. La terza dose riporterebbe tuttavia l'efficacia dei vaccini a livelli comparabili a quelli contro la variante Delta conferendo una buona protezione nei confronti della malattia grave.^{5,6} Per tali ragioni è opportuno promuovere la somministrazione della terza dose di richiamo ("booster") e differenziare le misure previste per la durata ed il termine della quarantena sia in base al tempo trascorso dal completamento del ciclo vaccinale primario che alla somministrazione della dose "booster".

1. Quarantena e sue modalità alternative. La quarantena dovrà essere applicata alle categorie e nelle modalità di seguito riportate:

Contatti stretti (ad ALTO RISCHIO)

1) Soggetti **non vaccinati o che non abbiano completato il ciclo vaccinale primario** (i.e. abbiano ricevuto una sola dose di vaccino delle due previste) **o che abbiano completato il ciclo vaccinale primario da meno di 14 giorni:** rimane inalterata l'attuale misura della **quarantena** prevista nella durata di **10** giorni dall'ultima esposizione al caso, al termine del quale periodo risulti eseguito

un **test molecolare o antigenico con risultato negativo;**

- 2) Soggetti **che abbiano completato il ciclo vaccinale primario da più di 120 giorni, e che abbiano tuttora in corso di validità il green pass, se asintomatici:** la **quarantena** ha durata di **5** giorni, purché al termine di tale periodo risulti eseguito un **test molecolare o antigenico con risultato negativo;**
- 3) Soggetti **asintomatici che:**
 - **abbiano ricevuto la dose booster, oppure**
 - **abbiano completato il ciclo vaccinale primario nei 120 giorni precedenti, oppure**
 - **siano guariti da infezione da SARS-CoV-2 nei 120 giorni precedenti,** non si applica la quarantena ed è fatto obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 per almeno 10 giorni dall'ultima esposizione al caso. Il periodo di Auto-sorveglianza termina al giorno 5. È prevista l'effettuazione di un test antigenico rapido o molecolare per la rilevazione dell'antigene Sars-Cov-2 alla prima comparsa dei sintomi e, se ancora sintomatici, al quinto giorno successivo alla data dell'ultimo contatto stretto con soggetti confermati positivi al Covid 19.

1 <https://www.gisaid.org/hcov19-variants/>

2 <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-omicron-data-16-december>

3 [https://www.who.int/publications/m/item/enhancing-readiness-for-omicron-\(b.1.1.529\)-technical-brief-and-priorityactions-for-member-states](https://www.who.int/publications/m/item/enhancing-readiness-for-omicron-(b.1.1.529)-technical-brief-and-priorityactions-for-member-states)

4 <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-threat-assessment-spread-omicron-first-update>

5 Effectiveness of COVID-19 vaccines against the Omicron (B.1.1.529) variant of concern. Andrews N, Stowe J, Kirsebom F et al. medRxiv 2021.12.14.21267615; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.12.14.21267615>

6 Billy J Gardner, A. Marm Kilpatrick, Estimates of reduced vaccine effectiveness against hospitalization, infection, transmission and symptomatic disease of a new SARSCoV-2 variant, Omicron (B.1.1.529), using neutralizing antibody titers. medRxiv, dec. 12, 2021.

4) Gli **operatori sanitari** devono eseguire **tamponi su base giornaliera fino al quinto giorno** dall'ultimo contatto con un soggetto contagiato.

Per i **contatti a BASSO RISCHIO**,⁷ **qualora abbiano indossato sempre le mascherine chirurgiche o FFP2**, non è necessaria quarantena ma dovranno essere mantenute le comuni precauzioni igienico-sanitarie. Se non è stato possibile garantire l'uso del-

la mascherina, tali contatti dovranno sottostare a sorveglianza passiva.

2. Isolamento

Quanto ai soggetti contagiati che abbiano precedentemente ricevuto la dose booster, o che abbiano completato il ciclo vaccinale da meno di 120 giorni, l'isolamento può essere ridotto da **10 a 7 giorni**, purché i medesimi siano sempre stati asintomatici, o risultino asintomatici da almeno 3 giorni e alla condizione

che, al termine di tale periodo, risulti eseguito un **test molecolare o antigenico con risultato negativo**.

IL DIRETTORE GENERALE

DOTT. GIOVANNI REZZA

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO 05

DOTT. FRANCESCO MARAGLINO

REFERENTI/RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO:

ANNA CARAGLIA, ALESSIA D'ALISERA,

FEDERICA FERRARO, ALESSIA MAMMONE,

MONICA SANE SCHEPISI

- 7 Per contatto a basso rischio, come da indicazioni ECDC, si intende una persona che ha avuto una o più delle seguenti esposizioni:
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, ad una distanza inferiore ai 2 metri e per meno di 15 minuti;
 - una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) o che ha viaggiato con un caso COVID-19 per meno di 15 minuti;
 - tutti i passeggeri e l'equipaggio di un volo in cui era presente un caso COVID-19, ad eccezione dei passeggeri seduti entro due posti in qualsiasi direzione rispetto al caso COVID-19, dei compagni di viaggio e del personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto che restano classificati contatti ad alto rischio;
 - un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19, provvisto di DPI raccomandati.

Aggiornamento delle modalità di gestione dei casi e dei contatti stretti di caso COVID-19

Tenendo conto del Decreto-legge 24 marzo 2022, n. 24 "Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza e del parere emesso dal Consiglio Superiore di Sanità in data 24/08/2022, facendo seguito alle Circolari n. 60136 del 30/12/2021 "Aggiornamento sulle misure di quarantena e isolamento in seguito alla diffusione a livello globale della nuova variante VOC SARS-CoV-2 Omicron (B.1.1.529)" e alla Circolare n. 19680 del 30/03/2022 "Nuove modalità di gestione dei casi e dei contatti stretti di caso COVID-19", e considerata l'attuale evoluzione del quadro clinico dei casi di malattia COVID-19, si aggiornano le indicazioni sulla gestione dei casi COVID-19.

Le persone risultate positive ad un test diagnostico molecolare o antigenico per SARS-CoV-2 sono sottoposte alla misura dell'isolamento, con le modalità di seguito riportate:

- Per i casi che sono sempre stati asintomatici oppure sono stati dapprima sintomatici ma risultano **asintomatici da almeno 2 giorni**, l'isolamento potrà terminare **dopo 5 giorni**, purché venga effettuato **un test, antigenico o molecolare**, che risulti **negativo**, al termine del periodo d'isolamento.
- In caso di **positività persistente**, si potrà **interrompere l'isolamento al termine del 14° giorno** dal primo tampone positivo, a prescindere dall'effettuazione del test.

Per i contatti stretti di caso di infezione da SARS-CoV-2 sono tuttora vigenti le indicazioni contenute nella Circolare n. 19680 del 30/03/2022 "Nuove modalità di gestione dei casi e dei contatti stretti di caso COVID-19".

IL DIRETTORE GENERALE

DOTT. GIOVANNI REZZA

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO 5:

DOTT. FRANCESCO MARAGLINO

REFERENTI/RESPONSABILI DEL PROCEDIMENTO:

DOTT.SSA ANNA CARAGLIA,

DOTT.SSA ALESSIA D'ALISERA,

DOTT.SSA FEDERICA FERRARO,

DOTT.SSA ALESSIA MAMMONE,

DOTT.SSA MONICA SANE SCHEPISI,

DOTT.SSA SABRINA VALLE

ECM: Provvedimenti amministrativi per chi non sarà in regola

Nessuna proroga e sanzioni per chi non sarà in regola alla data del 31 dicembre 2022, impossibilità di accedere ad una copertura assicurativa nel caso in cui il fabbisogno formativo sia stato raggiunto in quantità inferiore al 70% dei crediti minimi necessari per mettersi in regola con il triennio ECM. Lettere del COGEAPS (in dirittura di arrivo) agli Ordini per segnalare gli operatori non ancora in regola. Sono questi i punti principali evidenziati da alcuni dei più importanti stakeholder della sanità italiana in riferimento all'obbligo formativo che ogni professionista sanitario deve rispettare.

Il segretario FNOMCeO e presidente del Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie (Co.Ge.A.P.S), Roberto Monaco, è perentorio: «La legge è chiara: esistono delle sanzioni disciplinari che vanno dall'avvertimento alla censura, fino a situazioni ancora più gravi». Per questo è fon-

damentale per gli operatori sanitari «cercare in tutti i modi di risolvere il problema formativo». E questo non solo per un problema disciplinare: esiste infatti una legge «che impone almeno il 70% dei crediti formativi per poter accedere all'assicurazione professionale. Si tratta dunque non solo di un obbligo morale o etico, ma anche di un obbligo di legge».

Per spiegare con un esempio qual è l'importanza dell'aggiornamento continuo in ambito sanitario, Pierluigi Bartoletti, Vicesegretario nazionale vicario della FIMMG, fa l'esempio di quanto successo in questi anni di pandemia: «La formazione, specie in questo momento, anche per la rapidità con cui abbiamo avuto l'evoluzione della malattia e quindi passando dal vaccino alle terapie e, adesso, agli antivirali, è chiaro che è molto utile riuscire a fare crediti formativi su un problema cogente del paese, anche in previsione dell'autunno

che verrà». Ma oltre alla necessità per qualsiasi professionista di tenere alto il livello del servizio fornito, esiste anche un obbligo di legge che va rispettato.

Gli ordini hanno infatti confermato che, vista la necessità per il medico di rimanere aggiornato, non si esiterà ad utilizzare le sanzioni per chi non fosse ancora in pari. «Sulle sanzioni – ha ribadito Bartoletti – c'è da fare un discorso di professionalità. *Dura lex sed lex*, se c'è una norma che prevede le sanzioni l'ordine non può far altro che applicarle. È chiaro che anche qui ci sono colleghi che magari non hanno rispettato l'obbligo per pochi crediti e altri invece per la totalità addirittura. Quindi ci sono varie situazioni. In ogni caso la sanzione è un segnale che dice che bisogna arrivare verso quella direzione: quella di una classe medica formata».

FONTE: SANITÀ INFORMAZIONE

ANNUNCIO NUOVO CORSO FAD SU “I MARCATORI TUMORALI”

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

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

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

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

Il vino e i filosofi (ATTUALITÀ DI UN'ANTICA QUESTIONE)

di LUCIANO BONUZZI

Il vino è una bevanda alimentare intrisa di simbolismo e, come ogni simbolo, è sostanziato da una certa contraddittorietà; questo sangue della terra deriva dalla vite che allude all'immortalità vegetale - la vite, infatti, fiorisce, muore e rinasce - e commemora nel contempo la stabilità dell'agricoltura. Evidenti tracce, che testimoniano l'antichità di questa bevanda, si trovano in Georgia, in un sito preistorico non lontano da Gori, dove nella roccia sono tagliate alcune vasche che servivano per pigiare l'uva ed ottenere il mosto che il mistero della fermentazione trasforma in vino: un farmaco che, come il sonno e la poesia, permette di sedare gli affanni.

In Grecia, patria della cultura occidentale, il dio del vino è Dioniso, figlio di Zeus e di Semele⁽¹⁾: si tratta di una divinità propriamente greca che, però, viene da lontano; viaggia con un carro fiorito di ghirlande ma è accompagnato da una pantera; Dioniso è un uomo ma cammina come una donna; porta l'euforia e la gioia ma quando compare all'orizzonte incombe la tragedia. Anche lungo la tradizione giudaico-cristiana l'allusione al vino è intrisa di contraddizioni. Si pensi alla vicenda di Noe⁽²⁾ che, uscito dall'Arca, pianta la vigna ma poi si abbandona a scomposta ubriachezza. Nello stesso simbolismo del sangue che lo connota lampeggia il conflitto: il vino che nella tradizione cristiana evoca il sangue di Cristo diventa, infatti, un crinale per separare cristiani e musulmani. Non stupisce che questa bevanda, con la sua forte carica simbolica, abbia coinvolto profondamente la cultura e la quotidianità degli Antichi come testimoniano le pratiche conviviali⁽³⁾. Lo stesso Platone non lo dimentica: nel *Simposio*⁽⁴⁾, un dialogo dove si parla d'amore, il medico Erissimaco mette in guardia dalle conseguenze dell'ebbrezza. In brevi parole, l'interesse per il vino, presente nelle radici più profon-

de della cultura occidentale, è assai forte tanto che raggiunge senza riserve l'età contemporanea coinvolgendo illustri filosofi, invitando a suggestive riflessioni ma anche ad appassionati consumi: così in Hegel, Kierkegaard, Nietzsche, Heidegger.

Hegel in varie occasioni si occupa di vino, non ultimo per berlo, dimostrando una saggezza ed una curiosità estranee al ferreo razionalismo che, di regola, orienta questo filosofo della dialettica. Karl Rosenkranz⁽⁵⁾, il più autorevole fra i biografi, racconta degli anni di Tubinga quando, ancora studente, frequenta Schelling ed Hölderlin; in questa età giovanile, d'accordo con un compagno, avevano convenuto che chi avesse continuato a dormire oltre il tempo concordato, sottraendolo allo studio, avrebbe ceduto all'altro la propria dose di *Klosterwein*. Il tempo dello studio e del dialogo hanno, così, un prezzo che può essere valutato in vino. Ma il vino accompagna in Hegel la stessa scoperta del fascino femminile: il giovane Hegel, infatti, si innamora di Auguste che viveva nella casa di un fornaio che teneva una miscita di vino ed ogni sera la dolce Auguste aveva il compito di andare in cantina offrendo allo sguardo degli ammiratori l'incanto della propria bellezza.

Ed ancora, quale minuta curiosità, per ricordare il valore attribuito proprio al vino da parte della società che frequentava il filosofo, non si può scordare che un'amica di Heidelberg lo aveva sconsigliato di aspirare alla cattedra di Berlino perché in quella capitale il vino lo si sarebbe bevuto solo a ditali: un'evidente parodia del bicchiere. Esplicite le allusioni alla magica bevanda in un'opera minore - *Viaggio nelle Alpi Bernesi*⁽⁶⁾ - che permette di conoscere non solo i suoi gusti ma anche l'attento interesse per l'economia del paese. Il primo incontro con il vino che correva nel territorio non è peraltro impeccabile: gli viene, infatti servito un "vino rosso italiano,

della peggior specie, aspro ma probabilmente salubre" in quanto - secondo il filosofo - era in grado di stemperare la qualità quanto mai grassa del latte. Qualche giorno dopo ancora vino italiano per accompagnare salsiccia bolognese, carne di pecora ed anche di marmotta, sia fresca che affumicata. Ma il prodotto migliore - un rosso italiano - lo trova nell'ospizio dei Cappuccini: proveniva dalla cantina dei monaci. Nella cronaca di questo breve viaggio Hegel rivela un insospettato interesse per la vita e per l'economia del paese visitato dove arrivano bestie da soma cariche di vino, acquavite e riso e poi tornano cariche di formaggio. Vino rosso, *Klosterwein*, vino dei Cappuccini e via dicendo accompagnano i passi del filosofo dell'idealismo per il quale, d'altra parte, è stato fatale un grappolo d'uva mangiato in tempo di colera⁽⁷⁾.

Dopo aver detto di Hegel è doveroso un cenno alla sinistra hegeliana dove non manca l'interesse per le bevande alcoliche con la preoccupazione che possano nuocere alla classe operaia esposta al rischio di imboccare quella via che porta al naufragio della coscienza. Ma il vino non è solo alcool per quanto lo contenga.

Attento al vino, in sintonia con Hegel, è piuttosto Giacomo Leopardi che nello *Zibaldone*⁽⁸⁾ lo ricorda ripetutamente. Scrive il poeta-filosofo di Recanati: "Il vino è il più certo e (senza paragone) il più efficace consolatore. Dunque il vigore; dunque la natura" (324): incoraggia alla galanteria (496), permette di guardare al mondo con distacco (3296) e, pur esercitando influenze diverse nella personalità (3552), facilita l'associazione delle idee e stimola la vivacità dello spirito (3881). Un giudizio quanto mai positivo, elettivamente attento agli effetti sullo stato della coscienza: non solo il vino, per Leopardi, può consolare ma infonde coraggio nell'amore e facilita l'associazione di idee geniali.

Anche Kierkegaard, romantico e malinconico, è attento all'analisi del rapporto che corre fra il vino e lo stato di coscienza come si può cogliere in una nota rielaborazione del *Simposio* platonico – *In vino veritas*⁽⁹⁾ – dove si parla, ancora una volta, dell'amore banchettando con tartufi e sorseggiando Château Margot e Champagne. Un po' sconcertante la conclusione dell'incontro che finisce con la rottura dei bicchieri e delle coppe: un pensiero per gli dei infernali. Il riconoscimento della forza del vino non sembra però riscattare Kierkegaard dal solito pessimismo. Del resto, questo problematico uomo del nord disprezzava senza riserve chi beveva oltre misura⁽¹⁰⁾.

Suggestive le folgoranti riflessioni di Nietzsche là dove guarda a Dioniso, il dio del vino. Nietzsche è, infatti, il cantore dell'arte dionisiaca⁽¹¹⁾, compromessa "con l'ebbrezza, con il rapimento"⁽¹²⁾, quando si sogna con la consapevolezza di sognare. Al vino di Dioniso Nietzsche allude anche in *Zarathustra* dove scrive: "l'acqua non conviene a chi è stanco e avvizzito; a noi si richiede il vino che solo ci può guarire rapidamente e ridarci il vigore"⁽¹³⁾.

Con le intuizioni liriche di Nietzsche contrastano le note di Freud, un autore significativo non tanto perché il vino, in quanto vino, sia stato al centro di particolari riflessioni ma per la rilevanza che compete al fondatore della psicoanalisi nella corrente cultura. Freud parla del rapporto del bevitore con il suo vino interpretandolo come il succedaneo di un soddisfacimento erotico ancorato all'oralità⁽¹⁴⁾. Una lettura, tutto sommato, un po' riduttiva.

In ogni modo, l'entusiasmo nietzschiano per il vino di Dioniso, una testimonianza della forza che l'Ellade esercita ancor oggi nel sentire dell'Occidente, va di pari passo con il consenso che gli riserva Romano Guardini, un filosofo e teologo cattolico. Commenta Guardini che il vino non è una semplice bevanda, come l'acqua, idonea a spegnere la sete in quanto "mira a qualcosa di più": è, infatti, "la bevanda della gioia, della pienezza, della esuberanza". E più oltre: "Bellezza scintillante è il vino, profumo e forza che

tutto dilata e trasfigura. Ed è sotto la figura del vino che Cristo ci elargisce il suo Sangue divino". Un fascino forte quello del vino che, secondo Guardini, è annunciato dalla stessa eleganza del calice destinato a contenerlo⁽¹⁵⁾. Se in Nietzsche dietro la figura di Dioniso affiora il vino, in Guardini la sua valorizzazione è esplicita e tanto forte da coinvolgere lo stesso calice.

Ma per completare, almeno per cenni, la storia del ruolo attribuito al vino da alcuni filosofi del tempo corrente non si può dimenticare Martin Heidegger, un maestro del pensiero fenomenologico. Heidegger, che aveva ben capito come l'ebbrezza di Nietzsche non fosse una mera sbornia, va oltre il vino, alla maniera di Guardini, e ne parla riflettendo sulla brocca, questo contenitore che serve per versare, per offrire qualche cosa da bere: acqua o vino. Scrive al proposito: "Nell'acqua che viene offerta permane la sorgente Nella sorgente permane la roccia, e in questa il pesante sonnacchiare della terra, che riceve la pioggia e la rugiada del cielo. Nell'acqua della sorgente permangono le nozze di cielo e terra. Questo spozializio permane nel vino, nel quale la forza nutritiva della terra e il sole del cielo si alleano e si congiungono. Nell'offerta dell'acqua, nell'offerta del vino permangono ogni volta cielo e terra. L'offerta del versare, però, è l'esser-brocca della brocca. Nell'essenza della brocca permangono terra e cielo"⁽¹⁶⁾.

Quanti rapidi cenni, in merito all'interesse riservato al vino da parte di alcuni pensatori contemporanei, permettono di cogliere tanti e complessi motivi che rimandano al mondo di ieri riconoscendo al vino una forza ed un fascino ininterrotto che il solo pane può condividere. Le intuizioni liriche di Nietzsche rilanciano il mondo di Dioniso. L'approccio mistico di Guardini, che guarda al vino come al sangue del Salvatore, conferma quel bisogno di Dio che alberga nel cuore di ogni uomo. Il consenso di Leopardi, che valorizza gli aspetti positivi del vino, si intreccia con le riserve e con il perbenismo di Kierkegaard. Ma è, forse, il sentire di Hegel ad essere il più realistico. Non ha, infatti, dimenticato che il vino non è un solo simbolo ma è anche una

bevanda alimentare che, per essere correttamente apprezzata, coinvolge tutti i sensi⁽¹⁷⁾. Ricorda Francesca Rigotti come Hegel, attento ai simboli, usasse stappare una bottiglia di vino nell'anniversario della presa della Bastiglia ma nel contempo "si scambiava con Schleiermacher indirizzi di negozi di vini e liquori" con l'evidente intento di rifornire la propria cantina. Hegel, commenta Francesca Rigotti, "sembra interessarsi tanto allo spirito della mente quanto a quello del vino"⁽¹⁸⁾.

Richiami bibliografici

1. Sulla complessa vicenda di Dioniso, si veda: C. Kerényi, *Gli Dei e gli Eroi della Grecia – Gli Dei*, trad. V. Tedeschi, Milano, Il Saggiatore, 1962, pp. 207-225; H. Jeanmaire, *Dioniso. Religione e cultura in Grecia*, trad. G. Glaesser, Torino, Einaudi, 1972; M. Detienne, *Dioniso e la pantera profumata*, trad. M. De Nonno, Bari, Laterza, 1981; O. Longo, *Il dono di Dioniso, in Natura e nobiltà del vino*, a cura di N. Siliprandi e R. Venerando, Venezia, Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti, 1997.
2. *Genesi*, 9, 18-29.
3. F. Lissarrague, *L'immaginario del simposio greco*, trad. M. P. Guidobaldi, Bari, Laterza, 1989.
4. Platone, *Il Convivio*, 176 c 5.
5. K. Rosenkranz, *Vita di Hegel*, a cura di R. Bodei, Vicenza, Mondadori, 1974, pp. 50, 53, 317.
6. G. W. F. Hegel, *Viaggio nelle Alpi Bernesi*, a cura di G. A. De Toni, Bergamo, Pier Luigi Lubrina Editore, 1990, pp. 44, 56, 65.
7. K. Rosenkranz, *Vita di Hegel*, cit., p. 442.
8. G. Leopardi, *Zibaldone di pensieri*, in *Tutte le opere*, a cura di W. Binni, Firenze, Sansoni, 1969, II, pp. 127, 171, 817, 886, 981.
9. S. Kierkegaard, *In vino veritas*, trad. K. Ferlov, La Spezia, Casa del Libro F.lli Melita, 1990, pp. 36, 37, 98.
10. S. Kierkegaard, *Diario*, a cura di C. Fabro, Brescia, Morcelliana, 1962, I, p. 188.
11. F. Nietzsche, *La nascita della tragedia*, trad. S. Giannetta, Milano, Adelphi, 1977.
12. F. Nietzsche, *La filosofia nell'epoca tragica dei Greci*, trad. G. Colli, Milano, Adelphi, 1991, p. 50.
13. F. Nietzsche, *Così parlò Zarathustra*, trad. R. Giani, Milano, Bocca, 1951, p. 243.
14. S. Freud, *Contributi alla psicologia della vita amorosa*, in *Opere*, a cura di C. Musatti, Torino, Boringhieri, 1974, VI, pp. 429 e seg.
15. R. Guardini, *Lo spirito della liturgia*, trad. M. Bendiscioli, Brescia, Morcelliana, 1987, pp. 174, 181.
16. M. Heidegger, *La cosa*, in *Saggi e discorsi*, a cura di G. Vattimo, Milano, Mursia, 1991, p. 114.
17. E. Peynaud, *Il gusto del vino*, ed. it. a cura di L. Paronetto, Brescia, Edizioni AEB, 1983.
18. F. Rigotti, *La filosofia in cucina. Piccola critica della ragion culinaria*, Bologna, Mulino, 1999, p. 87.

Responsabilità professionale, la Fnomceo in audizione alla Camera

Anelli: “Riteniamo necessaria una legge che definisca il ruolo medico”
Positivo il giudizio sulla Legge Gelli-Bianco, perplessità sulla proposta Colletti. Chiesta anche una riforma della responsabilità penale medica

Una legge che definisca l'atto medico, anzi “il ruolo medico”. A chiederla, questa mattina, il Presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo Anelli, al termine dell'audizione presso le Commissioni Riunite II (Giustizia) e XII (Affari sociali) della Camera dei Deputati. Oggetto dell'audizione, la proposta di legge “Colletti”, volta a modificare la Legge “Gelli-Bianco”, il Codice penale, alcune disposizioni attuative dei Codici di Procedura civile e penale in materia di responsabilità sanitaria.

“Riteniamo necessaria una legge che definisca l'atto medico, anzi il ruolo medico – ha affermato Anelli – ricomprendendo tutte le attività professionali svolte al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure terapeutiche o riabilitative nei confronti di pazienti, nel quadro delle norme deontologiche. L'atto medico è una responsabilità del medico abilitato e in quanto tale deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione”.

Necessaria, secondo Anelli, anche una riforma, condivisa con la Professione, della responsabilità penale medica “settore che mai davvero è riuscito a trovare una regolazione esaustiva e sensibile alle difficoltà con cui il personale sanitario quotidianamente, e più che mai in questi mesi, si deve confrontare”.

“Globalmente positivo”, tolte alcune criticità di natura applicativa e inter-

pretativa, il giudizio sulla Legge “Gelli Bianco”: “Si è cercato di dare un assetto normativo di riferimento ad una materia che in questi anni, per le dimensioni del contenzioso, ha assunto una rilevanza sempre più importante. Si è cercato di uniformare le prassi e le linee comportamentali che caratterizzano la professione sanitaria, mediante la validazione dei criteri e delle regole da parte dello Stato; regole e linee guida validate dalla comunità scientifica. Il legislatore ha inteso tenere insieme, in un unicum inscindibile, la sicurezza delle cure e la responsabilità professionale degli operatori sanitari”.

“La responsabilità, quale essenza stessa della professionalità e della potestà di curare- ha argomentato Anelli - è il pilastro fondante della autonomia del medico nelle scelte diagnostiche e terapeutiche che, fatti salvi altri diritti e doveri costituzionali - in primis l'autodeterminazione del paziente (consenso informato) - è stata più volte richiamata dalla Suprema Corte come tratto incompressibile dell'attività medica e ribadita in giudizi di merito e legittimità. L'autonomia nelle scelte diagnostico-terapeutiche e tecnico professionali e l'attribuzione delle connesse responsabilità, concorrono, dunque, a definire quella posizione di garanzia che lo Stato riconosce ai medici e, alla luce delle profonde novelle legislative intercorse negli ultimi anni, ai professionisti sanitari nell'ambito delle specifiche competenze definite dai percorsi formativi, profili professionali e delle funzioni attribuite e svolte”.

“Perplessità”, invece, da parte della Fnomceo, sulla proposta di legge “Colletti”.

Anelli non condivide il fatto che, “in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni

sanitarie, si intenda ricondurre la responsabilità civile del medico nell'ambito della responsabilità contrattuale e abrogare la specifica fattispecie di reato configurabile in caso di responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario, così riconducendo la relativa responsabilità penale nell'ambito delle fattispecie generali di omicidio colposo (art. 589 c.p.) e lesioni personali colpose (art. 590.c.p.), come previsto prima della legge n. 24 del 2017. In merito alla proposta di modifica della disciplina applicabile alla consulenza tecnica si fa presente che tra le categorie professionali annoverate non è contemplata quella odontoiatrica, rappresentando questo aspetto una evidente criticità”.

Infine, le assicurazioni, rese obbligatorie dalla legge Gelli-Bianco: Anelli è tornato a sollecitare l'emanazione del decreto attuativo che determini i requisiti minimi delle polizze per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, prevedendo l'individuazione delle classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati. “Molti professionisti sanitari – ha spiegato – nell'attuale sistema non riescono infatti ad ottenere un'adeguata copertura assicurativa sul mercato per i costi eccessivamente alti delle polizze.

Allo stato attuale sono previsti risarcimenti per i danni subiti dai pazienti, ma non è contemplato un risarcimento per quei professionisti ingiustamente accusati. In Italia i professionisti della sanità devono confrontarsi tutti i giorni con la paura delle aggressioni, delle denunce e delle conseguenze economiche e professionali che derivano da liti nella maggior parte dei casi temerarie, ciò in quanto il 95% di queste cause finisce in un nulla di fatto”.

Calabria, Anelli (Fnomceo): “Medici cubani soluzione emergenziale, occorre risposta strutturale e complessiva”

“L’assunzione, in Calabria, dei 500 colleghi cubani è una misura emergenziale, per tamponare le carenze del sistema. Ora occorre una risposta strutturale e complessiva, che, oltre a farci superare il momento, vada a colmare le disuguaglianze di salute all’interno del paese”.

Così il Presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, Filippo Anelli, commenta l’accordo firmato dal Presidente della Regione Calabria, Roberto Occhiuto, per il reclutamento di circa 500 medici cubani da assumere a tempo determinato. “Di fronte a questa emergenza – spiega – il Governatore ha pensato di utilizzare una legge che consente la semplificazione del riconoscimento dei titoli, che, di norma affidato al Ministero della Salute, passa così alla Regione. La nostra principale preoccupazione

è che sia garantita la qualità dell’assistenza: da qui l’invito al raccordo con il Ministero, che ha esperienza nel riconoscimento dei titoli, e con gli Ordini, che coniugano la certificazione delle competenze con l’adesione a norme etiche condivise”.

“Inoltre – continua Anelli – prima di rivolgersi all’estero, sarebbe opportuno esplorare tutte le possibilità in Italia, prevedendo l’impiego, sempre in via emergenziale e ovviamente volontaria, dei medici specializzandi e dei pensionati. Occorre un patto tra le Professioni sanitarie, che permetta di superare la crisi: ricordiamoci che tra quattro anni, grazie all’aumento delle borse, avremo trentamila nuovi specialisti completamente formati”.

“Infine – conclude – un appello alla politica: il Governo che verrà abbia come priorità la questione delle disuguaglianze di salute. Questione che, sino

ad ora, nessun intervento è riuscito a risolvere. Anche qui, serve una riflessione comune, per comprendere le cause e trovare soluzioni. Non è giusto che chi nasce al Sud abbia una speranza di vita e un’aspettativa di vita in buona salute di molto inferiori rispetto a chi nasce al Nord. Non è giusto che un nuovo nato di sesso maschile residente a Caserta possa contare di vivere sino a 78 anni, mentre una neonata di Pordenone possa sperare ragionevolmente di superare gli 86 anni.

Non è giusto che in Calabria si abbia probabilità di vivere in piena salute, in media, solo sino ai 50 anni, contro i 70 di Bolzano. Una risposta, insieme ad altri interventi strutturali e organizzativi, potrebbe essere l’istituzione di reti sovrapregionali delle competenze, per cui a spostarsi siano le équipes dei professionisti e non più i pazienti”.

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.

Gli Ordini siano lasciati fuori dalla bagarre elettorale

Difendono interessi generali quali la tutela della salute e il corretto esercizio della professione: inaccettabili accuse strumentali alla campagna elettorale “

Gli Ordini dei medici sono Enti sussidiari dello Stato, che difendono interessi generali, quali la tutela della salute e il corretto esercizio della professione. Non accettiamo in nessuna maniera che, per finalità forse di propaganda elettorale, o per qualunque altro fine estraneo a questi obiettivi, si gettino ombre, sospetti, sull'operato delle nostre istituzioni”. È durissima la reazione del Presidente della Fnomceo, Filippo Anelli, al discorso pronunciato in Consiglio regionale dal Presidente della Calabria, Roberto Occhiuto.

Durante la seduta, Occhiuto giustifica la decisione di assumere in via temporanea medici cubani, aprendo una polemica contro gli Ordini calabresi. “I toni e i contenuti utilizzati dal Presidente Occhiuto ci sembrano del tutto fuori luogo – continua Anelli - nei confronti di enti che hanno sempre fatto il loro dovere, al di sopra di ogni interesse di parte, come dimostrato nella gestione della pandemia. Ci aspettiamo pubbliche scuse.

Ci aspettiamo che il Presidente chieda scusa a chi, come noi, come gli Ordini, come la Fnomceo, combatte da tanti anni, in un silenzio assordante da parte della politica, contro le disuguaglianze e per la tutela della salute”. “Riconosciamo al Presidente Occhiuto il merito di aver portato alla luce un problema importante – aggiunge - quello della carenza di medici specialisti, che, come Ordini e come Fnomceo, denunciavamo e preannunciamo, anche qui inascoltati, da decenni. Da quando ci sarebbero stati i tempi per evitare il peggio.

Problema che ha portato a quelle che abbiamo definito, senza reticenze, aberrazioni del sistema, come i medici a gettone gestiti dalle cooperative. E che porta ora a cercare in fretta situazioni emergenziali, rispetto alle quali non possiamo, ancora una volta, tacere le nostre perplessità, sempre con l'obiettivo ultimo – e unico – della tutela della salute pubblica”.

“Non siamo, come Ordini, contrari a che vengano impiegati, in via temporanea, medici stranieri – prosegue Anelli – siamo contrari a un doppio binario, se questo rischia di portare a un abbassamento della qualità dell'assistenza”. “I medici italiani – spiega - seguono un percorso formativo che va dai nove agli undici anni e sono sottoposti a obblighi quali, ad esempio, quello vaccinale e quelli deontologici. E chi certifica le competenze e i requisiti necessari al corretto svolgimento della professione?”

Gli Ordini, con l'iscrizione agli Albi. I medici stranieri, cubani, argentini, albanesi, assunti tramite una norma che aveva un senso durante l'emergenza Covid ma che non può essere ora prorogata sic et simpliciter, portandola a sistema, sono assunti derogando a due controlli fondamentali. Il riconoscimento dei titoli secondo il normale iter, affidato al ministero della Salute, che accerta l'equivalenza dei percorsi formativi rispetto a quelli italiani, e chiede, se necessario, di superare esami integrativi.

E l'iscrizione ai nostri Ordini, che accertano, tra l'altro, l'ottemperanza all'obbligo di vaccinazione con vaccini riconosciuti nel nostro paese e la conoscenza adeguata della lingua italiana. Particolare non di poco conto, se consideriamo che la Legge considera il tempo dedicato alla comunicazione quale parte integrante della cura”.

“La norma che, con troppe deroghe, consente l'impiego dei medici stranieri va dunque corretta – chiosa - restituendo al ministero della Salute il compito che gli è proprio, di riconoscere l'equivalenza dei titoli, e prevenendo, per i medici e gli odontoiatri che si rendono disponibili a esercitare in Italia, l'iscrizione ai nostri Ordini. Inoltre, non possono rimanere inascoltate le osservazioni avanzate da alcune associazioni che rileverebbero violazioni dei diritti umani nei confronti dei medici cubani: invitiamo il ministero degli Esteri a porre in atto le opportune verifiche”.

“Infine – conclude Anelli - una riflessione. La carenza di specialisti e di medici di medicina generale, da cui nascono tutte le storture del sistema - medici a gettone, cooperative che si sostituiscono al Servizio sanitario nazionale, medici stranieri, e, più a monte, “camici grigi”, laureati, abilitati, costretti ad attendere per anni di poter accedere alle scuole di specializzazione – nasce da decenni di errata programmazione, da parte delle Regioni, che hanno preferito risparmiare lesinando le borse ai medici, rimandando sine die la risoluzione strutturale del problema. Non si cerchi ora, per rimescolare le carte e non assumersi le proprie responsabilità, di trascinare gli Ordini in una bagarre elettorale alla quale sono, per loro natura, estranei.

Troviamo invece, tutti insieme, soluzioni condivise per un'assistenza di qualità a tutela della salute. Cominciando dal rendere strutturale l'aumento delle borse voluto dal Ministro della Salute Roberto Speranza, di concerto con i ministri Messa e Franco, con una norma di legge che preveda, per ogni laurea in Medicina, un posto nelle Scuole di Specializzazione o al Corso per la Medicina Generale”.

Linee Guida FSE, la Fnomceo scrive ai Ministri: “Non siamo stati coinvolti. L’analisi del contesto è errata, lontana dalla realtà professionale”



Linee Guida FSE, la Fnomceo scrive ai Ministri: “Non siamo stati coinvolti. L’analisi del contesto è errata, lontana dalla realtà professionale”

Una lettera ai Ministri della Salute, dell’Economia, della Transizione digitale, degli Affari Regionali e al Presidente della Conferenza delle Regioni e Province autonome, per esprimere sconcerto: i medici non sono stati coinvolti nella stesura delle “Linee Guida per l’attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico”, recentemente pubblicate in Gazzetta Ufficiale. Risultato: l’analisi del contesto, dalla quale le linee programmatiche partono, contiene “*affermazioni infondate*” e “*sottolineature non reali*”.

A scrivere, il Presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo Anelli. Che, nella nota che partirà lunedì prossimo, rimarca come la digitalizzazione favorirà “*quella integrazione tra i Servizi Sanitari regionali e le Piattaforme nazionali, atta a garantire il raggiungimento in primis dell’obiettivo posto dal progetto ma anche e soprattutto a definire un nuovo modo di declinare la prestazione professionale e quindi l’assistenza sanitaria in generale*”.

E, ribadendo la disponibilità al confronto, sulla base delle previsioni di legge, chiede urgentemente un incontro teso a riconoscere il ruolo e il contributo dei professionisti medici all’interno di un percorso assistenziale innovativo basato sulla digitalizzazione dei dati sanitari e finalizzato al raggiungimento degli obiettivi po-

sti dal PNRR per un’implementazione della sanità digitale in termini di innovazione e sviluppo.

“La FNOMCeO non può non sottolineare di non essere stata coinvolta in alcun momento della formulazione del Documento citato – scrive Anelli -. Al contrario laddove interpellata, aderendo alle previsioni di legge, avrebbe potuto fornire appropriate informazioni nonché utili suggerimenti, evitando sottolineature non reali, come pure affermazioni infondate”.

“Stupisce come l’analisi da cui parte la riorganizzazione dei servizi digitali si fondi sull’esplicitazione di presupposti evidentemente estranei al reale contesto. In particolare, per esempio laddove si afferma che “ad oggi la cartella clinica digitale risulta poco alimentata e utilizzata in quanto molti Medici di Medicina Generale sono spesso poco abituati a lavorare con la tecnologia e hanno scarse competenze digitali” – spiega -.

Si tratta di un’asserzione priva di fondamento. Da molti anni i medici tengono, per obbligo contrattuale, una scheda sanitaria informatizzata predisposta al collegamento con il Fascicolo Sanitario Elettronico, senza la quale sarebbe impossibile svolgere l’attività lavorativa. Tutte le ricette, prescrizioni, certificazioni sono emesse in formato digitale e presenti nel Fascicolo Sanitario Elettronico, laddove attivato dalla Regione. Pertanto, il Medico di Medicina generale è quel professionista del SSN che, se privo di competenze digitali, non può in alcun modo svolgere la sua attività”.

“Viene dichiarato poi – continua Anelli - che “i Medici di Medicina generale utilizzano soluzioni di cartella clinica digitale, che, pur essendo integrate con il sistema Tessera Sanitaria per l’invio delle prescrizioni elettroniche, non sempre sono integrate con il Fascicolo Sanitario Elettronico”.

In effetti il ritardo con cui le Regioni hanno implementato le previsioni di legge sull’attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico oggi non solo non favorisce il cittadino, che così non ritrova le ricette e i referti nel suo FSE, ma rappresenta un aggravio enorme per il Medico di Medicina Generale che, nella maggior parte dei casi, è costretto ad aggiornare manualmente i referti e i dati sanitari, potendo, qualora fossero invece digitalizzati, acquisirli automaticamente”.

“Nelle Linee guida viene infine sollevata la questione del cosiddetto “Patient Summary” – aggiunge ancora - come se la mancata estrazione dei dati necessari a comporlo fosse un problema dei software dei Medici di Medicina Generale. La causa è, invece, il mancato adeguamento dei sistemi regionali che non consentono la sincronizzazione e quindi la corretta acquisizione dei dati”.

“Il problema – argomenta Anelli - non è solo di tipo informatico, bensì professionale. Un documento di sintesi clinica, destinato ad essere utilizzato anche in condizioni di emergenza, deve essere aggiornato pressoché in tempo reale, per garantire efficacia e sicurezza. Bisognerà creare ottimali condizioni di lavoro per consentire ai Medici di Medicina Generale di certificare per tutti gli assistiti in

modo continuativo un documento di questo tipo, che, se redatto in modo incompleto e non aggiornato, rischia di essere inutile se non fuorviante. Diverso significato avrebbe la pubblicazione dei piani di assistenza individuali dei pazienti cronici, mirati alla popolazione a rischio e soggetti a revisione periodica programmata all'interno di un percorso di presa in carico”.

“Da un’analisi di contesto errata possono derivare atti programmatori inadeguati, in un momento particolarmente critico per il futuro dell’assistenza sanitaria nel nostro Paese – conclude Anelli -. Colpisce come non si sia tenuto conto di quanto emerso nelle riunioni di analisi mirate alla costruzione del nuovo Repository del Fascicolo Sanitario Elettronico, volute dal Ministero della Salute e svoltesi

presso la sede della FNOMCeO nelle scorse settimane, nelle quali la Federazione ha messo a disposizione un campione di medici, operanti in diverse realtà territoriali ed ospedaliere, proprio per consentire la conoscenza delle reali esigenze dei professionisti e delle criticità da risolvere. Ancora una volta ha prevalso una metodologia non rispettosa del lavoro dei medici, lontana dalla realtà professionale”.

Odontoiatri con laurea all'estero: uno su quattro dei nuovi iscritti

Serve “Mantenere il numero chiuso, ed adottare nuovi sistemi di calcolo per la programmazione”

Sono in media 400 l’anno, uno su quattro dei nuovi iscritti agli Albi Odontoiatri degli Ordini italiani: sono i laureati in Odontoiatria nelle facoltà estere. Numeri di peso, in grado di far saltare la corretta programmazione dei fabbisogni, sulla quale si calcolano i posti nelle nostre facoltà.

A fare il punto, alla vigilia dei test per l’accesso a Odontoiatria, è il Presidente della Commissione Albi Odontoiatri (CAO) nazionale della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici (FNOMCeO), Raffaele Iandolo.

“I posti nelle nostre facoltà, quest’anno, sono 1.449 - spiega Iandolo - di cui 1.330 per i candidati residenti in Italia. Questi numeri sono calcolati a partire dai fabbisogni di Odontoiatri che si avranno tra sei anni, tanto dura il percorso di studi, ma non tengono conto, se non con minimi correttivi, dei 400 nuovi Odontoiatri che, ogni anno, si iscrivono ai nostri Albi dopo aver conseguito la laurea all’estero. Si tratta per la stragrande maggioranza di nostri connazionali, che decidono

di studiare in altri paesi per motivazioni diverse: per aggirare i test di ingresso italiani, ma anche semplicemente per fare un’esperienza lontano da casa. Tutto lecito, ovviamente, ma una programmazione corretta dovrebbe tener conto anche di loro, cosa che attualmente non avviene”.

Ma non è questo il problema maggiore, secondo il Presidente nazionale Cao. “Anche i numeri forniti dai referenti regionali - spiega - non corrispondono, in molti casi, ai reali fabbisogni, ma sono molto maggiori. Questa programmazione, che non esitiamo a definire fallimentare, e che nasce evidentemente da esigenze diverse da quelle assistenziali della popolazione, ha portato, nel tempo, a una vera e propria pleora odontoiatrica”.

“Ora - aggiunge - da più parti si spinge per eliminare il numero chiuso: la programmazione non va certo fatta saltare ma va anzi meglio definita, tenendo conto di tutte le variabili. Già oggi lo stereotipo del dentista benestante è ormai lontano dalla realtà: molti giovani colleghi sono inoccupati o sottooccupati. Quasi nessuno è nelle condizioni di aprire un proprio

studio e in molti devono accettare impieghi a condizioni poco dignitose rispetto alle loro competenze e alla loro preparazione”.

“Inoltre, va assolutamente rivisto il requisito della specializzazione necessario per entrare nel Servizio sanitario nazionale - prosegue Iandolo -. Quella in Odontoiatria è già una laurea a valenza specialistica, come stabilito anche da una recente Ordinanza del Tribunale di Sassari”.

“Tre sono le materie di specializzazione oggi esistenti: Odontoiatria pediatrica, Ortognatodonzia, Chirurgia orale - spiega -. A ciò va aggiunto che le scuole di specialità in Odontoiatria, per lungo tempo, non sono state neppure attivate nelle varie sedi universitarie. Il ristretto numero di Odontoiatri ulteriormente specializzati rischia perciò di bloccare l’accesso concorsuale agli organici dirigenziali pubblici, precludendo al 90% dei professionisti la possibilità di partecipare. E questo, in un contesto in cui la maggior parte degli Odontoiatri del Sistema sanitario nazionale sarà presto in età pensionabile. Rendendo, di fatto, impossibile il ricambio generazionale nei ruoli dirigenziali pubblici”

Il vento è cambiato: la salute è tornata ad essere centrale e la Professione medica strategica

La relazione di Filippo Anelli al Consiglio nazionale Fnomceo

“Il vento è cambiato: la salute è tornata ad essere centrale e la Professione medica strategica” La relazione di Filippo Anelli al Consiglio nazionale Fnomceo “In questi ultimi quattro anni, il vento è cambiato. La Professione è tornata ad essere considerata strategica nella nostra società, e il tema della salute centrale nell’agenda di Governo. Abbiamo evidenziato lo spirito di dedizione, sacrificio, passione dei medici, espressione di quei valori presenti nel nostro Codice Deontologico. Gli Ordini hanno mostrato fermezza e rigore nel difendere l’utilizzo dei vaccini quale scelta appropriata per la prevenzione delle conseguenze del Covid 19”.

Così il Presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo Anelli, ha tracciato, nella sua relazione di fronte al Consiglio Nazionale – l’Assemblea dei 106 Presidenti – riunito a Roma lo scorso fine settimana, il bilancio delle attività svolte e degli obiettivi raggiunti sotto la guida dell’attuale Esecutivo.

“Siamo diventati i promotori dei diritti dei giovani medici intrappolati nell’imbuto formativo, risolvendo una annosa questione che danneggiava i nostri giovani medici e che ha penalizzato gravemente il nostro sistema sanitario nazionale – ha ricordato ancora Anelli -. La piaga della violenza contro gli operatori sanitari, su cui gli Ordini e al Fnomceo si sono spesi in ogni modo per ottenere una risposta adeguata da parte della politica, ha fatto registrare, anche grazie alle nostre iniziative di comunicazione come il docufilm “Nottur-

no”, una risposta legislativa da parte del Parlamento con l’approvazione da parte di tutti i gruppi parlamentari della legge 113/2021”. “Enti che tutelano una Professione a servizio dei cittadini e dello Stato, questo siamo – ha ammonito -. Non è stato facile per tutti gli Ordini assumersi l’onere di sospendere dall’attività professionale i medici che non avevano adempiuto all’obbligo di vaccinarsi contro il Covid 19 e portarlo con grande fatica a termine. Un impegno gravoso a cui non potevamo sottrarci per senso di responsabilità ma anche per recuperare quel ruolo nella gestione degli albi professionali che contraddistingue la nostra peculiare attività”.

“Sono queste solo alcune delle vicende più rilevanti che accanto alle tantissime iniziative assunte, alla puntuale presenza su ogni tematica di interesse della Professione, alle scelte talvolta scomode ma sempre in linea con i principi del nostro Codice e coerenti con le evidenze scientifiche ci hanno consentito di recuperare credibilità e autorevolezza nel nostro Paese – ha proseguito -. Un traguardo che abbiamo conquistato noi, tutti noi, tutti insieme con un grande lavoro di gruppo, di grande compattezza”.

“Sono tantissime le manifestazioni che ognuno di voi ha organizzato o a cui ha partecipato a livello locale rilanciando i temi di politica sanitaria nazionale o intervenendo su quelli locali. Ci siamo sentiti parte di una squadra ove ognuno si sentiva chiamato a svolgere diligentemente il suo compito.

L’attenzione della “politica”, la presenza del Ministro Speranza per tutta la durata della Conferenza Nazionale sulla Questione medica e l’intervento del massimo responsabile delle Regioni il Presidente Fedriga mostrano che questa è la strada – ha concluso - Il 2 giugno 2022 rappresenta per noi una data da ricordare, punto di arrivo ma anche di ripartenza. I problemi che abbiamo sono tanti e le difficoltà non sono da meno. Ma il calore delle persone assiegate ai margini del percorso della sfilata del 2 giugno, i ringraziamenti gridati a squarciagola, le incitazioni, il mettersi in piedi per senso di rispetto e gratitudine ci scaldano il cuore e ci danno la forza per continuare. La salute finalmente è stata riconosciuta davanti al Popolo Italiano strategica come la difesa, la sicurezza. Grazie a tutti i medici per averlo consentito, grazie a tutti voi per il vostro straordinario impegno”.

Il Presidente Fnomceo ha poi toccato le questioni più “calde” che riguardano la professione medica. Tematiche strategiche che saranno affrontate nell’ambito delle Commissioni e dei Gruppi di Lavoro, già avviati, come Salute e Ambiente, Prescrizione, Sanità Militare, Fnomceo- e molti altri o ancora da approfondire, come l’Intelligenza artificiale.

“Altre tematiche su cui impegnarsi invece, come quelle correlate alla dignità del lavoro, rappresentano una vera e propria sfida per tutti noi perché oggi la carenza di personale e un non adeguato riconoscimento della attività professionale produce disagio e malessere nella categoria

– ha spiegato Anelli -. È quello che accadendo nei pronto soccorso e nell'area dell'emergenza urgenza, ma anche in tanti altri settori. Lo abbiamo ben rappresentato nella Conferenza sulla Questione Medica, ma le risposte tardano ad arrivare. Anche la sfida del PNRR, l'impatto sulla organizzazione sia in ospedale che sul territorio inciderà nettamente sul modo di esercitare la Professione, meritano una particolare attenzione”.

“Abbiamo avviato il processo che porterà a dedicare l'anno 2023 alla deontologia – ha poi annunciato -. Il 24/25 novembre prossimo convocherò il Consiglio Nazionale per avviare la discussione sulle tematiche che porteranno alla revisione del Codice di Deontologia Medica. Lo faremo insieme ad un gruppo, un Board, di professionisti che hanno accettato di offrire il loro punto di vista sul ruolo del medico e sul valore del Codice di Deontologia medica. Sono magistrati, costituzionalisti, esperti di diritto, ma anche giornalisti, comunicatori, docenti universitari, ingegneri, avvocati, psicologi, sociologi, medici legali ed esperti di temi ambientali”.

“Un commento a parte merita la vicenda dei no vax – ha puntualizzato -.Vorrei innanzitutto condannare con forza e determinazione ogni atto di violenza, di intimidazione, gli insulti, gli atti vandalici messi in atto contro gli Ordini e i Presidenti. Ringrazio il Ministro Lamorgese, il capo di Gabinetto Frattasi, il Capo della Polizia Giannini, il Generale Ciprani per la costante attenzione posta a seguire queste vicende insieme alle iniziative assunte per la maggiore tutela degli Ordini e dei suoi componenti. Non sono pochi i Presidenti che hanno ricevuto minacce personali, anche di morte, da individui che devono essere perseguiti a norma di legge.

Ai colleghi porgo tutta la solidarietà e il sostegno concreto della Federazione. Ringrazio le forze dell'Ordine, i Prefetti, i Questori, i Carabinieri del NAS per l'azione messa in atto in ogni parte d'Italia per garantire la sicurezza delle nostre sedi e delle nostre iniziative. Ringrazio tutti i Presidenti per aver con ferma deter-

minazione riaffermato la validità dei vaccini soprattutto per contrastare la pandemia nonché il richiamo al dovere civile e deontologico del rispetto delle norme di legge. In questi giorni è apparso su 'The Lancet Infectious Diseases' uno studio condotto dall'Imperial College di Londra che dimostra come, nel solo 2021, i vaccini abbiano salvato nel mondo - contando le morti direttamente e indirettamente evitate – 20 milioni di vite. Ancora una conferma su un tema che avevamo lanciato con una nostra campagna di comunicazione, “Il vaccino ci salva la vita”.

“Altro tema importante è il rapporto che le altre Professioni sanitarie: un campo in cui siamo impegnati assiduamente al fine di ricostruire un rapporto di collaborazione e di rispetto reciproco” ha affermato poi Anelli, ricordando i comitati congiunti con la Fnopi, la Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche e con la FNO TSRM e PSTRP, la Federazione degli Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

Anelli ha poi ripercorso altri incontri, come quello con la Simeu: “Insieme a loro - ha sintetizzato - abbiamo esaminato la gravissima situazione del pronto soccorso e del sistema urgenza emergenza. Servono interventi urgenti ed immediati che ridiano serenità e dignità ad un settore strategico per la salute dei cittadini. O quello con l'associazione Viola Dauna, contro la violenza domestica”.

Infine, l'annuncio di due nuovi accordi di collaborazione: quello tra la FNOMCeO e l'INMP-Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà, nato per realizzare una collaborazione scientifica finalizzata a favorire la condivisione e l'analisi di dati utili all'adozione di scelte di programmazione e operative nell'ambito delle disuguaglianze socio-economiche nella salute, con particolare attenzione alle fasce della popolazione più vulnerabili e alle popolazioni migranti.

E il Protocollo d'Intesa con l'Ente Pubblico Nazionale Microcredito, che prevede finanziamenti agevolati per i giovani medici e odontoiatri.

Infine, gli auguri al neo eletto Segretario dell'Anaa Assomed, Pierino Di Silverio: “Registriamo una grande sintonia sui principali temi della sanità che avevamo richiamato nel documento sulla Questione Medica: la sanità è una risorsa, non un costo; il modello aziendalistico ha fallito; inutile spendere miliardi per le infrastrutture se non si ha il personale per farle funzionare; la professione medica nell'ospedale non è più allettante; gli ospedali ricorrono alle cooperative per l'emergenza-urgenza; se passerà la legge sul regionalismo differenziato saremo ai limiti della incostituzionalità; lo specializzando è un medico a tutti gli effetti”.

E, ancora, annuncio che il 118 ha ora un Santo Protettore: “San Giuseppe Moscati, sarà da ora in poi il punto spirituale di riferimento per il Sistema di Emergenza Territoriale 118. Il via libera è arrivato dalla Congregazione per il Culto Divino e la Disciplina dei Sacramenti, e la comunicazione ufficiale dalla Cei.”

In ultimo un riferimento alla crisi di Governo, con i ringraziamenti al Presidente del Consiglio Uscente Mario Draghi e al Ministro Roberto Speranza per il lavoro svolto, e l'auspicio che il nuovo Parlamento e il nuovo Governo siano sempre attenti alle tematiche relative alla salute dei cittadini e al lavoro dei professionisti della sanità. In allegato, la relazione e le slide.

Vedi il video di sintesi su Youtube: https://youtu.be/yI-7y_NmTY



Giornata mondiale del medico di famiglia Anelli (Fnomceo): “Valorizzarne il ruolo, regala ai cittadini anni di vita in buona salute”

Always there to care: sempre lì, vicini a te, paziente, e là dove ce ne è bisogno, pronti a curare e a prendersi cura. Sono i medici di famiglia, celebrati oggi, 19 maggio, con una Giornata mondiale a loro dedicata. Ad indirla, sin dal 2010, il Wonca, l'organizzazione che, a livello globale, riunisce appunto i medici di medicina generale. “*Always there to care*” è il tema di quest'anno, a sottolineare la continuità, la disponibilità e l'importanza delle cure primarie e dei medici della medicina generale.

“*La continuità delle cure offerte dai medici di famiglia è essenziale per l'efficacia della cura stessa – spiega il Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, Filippo Anelli - ed è un valore aggiunto che regala al paziente anni di vita in buona salute. La vicinanza, la prossimità, l'essere là dove ce ne è bisogno è un altro pilastro dell'assistenza fornita dai medici di medicina generale.*”

Sempre in prima linea, nelle guerre, nelle emergenze sanitarie, in tempo di pace. Pronti a portare a termine la loro missione anche a rischio della propria vita: dei 374 medici morti per il Covid, quasi i due terzi erano medici di medicina generale. La cura, intesa come terapia ma soprattutto come presa in carico a tutto tondo del paziente, è la ragion d'essere dei medici di famiglia, che, ricorda il Wonca, erogano cure di alta qualità e in maniera eguale. In Italia, il medico di famiglia è la figura attraverso la quale il Servizio Sanitario Nazionale realizza i valori di prossimità e di uguaglianza nell'accesso alle cure per tutti i cittadini”.

“In questi due anni di pandemia – aggiunge - ai 20 milioni di italiani affetti da malattie croniche già curati dai medici di famiglia si sono aggiunti i 17 milioni di cittadini positivi al Covid, raddoppiando i carichi di lavoro. I medici di medicina generale italiani vanno ringraziati per il lavoro svolto

e sostenuti per aver assicurato l'assistenza nel periodo più difficile della storia del nostro SSN”.

“Oggi è il tempo che il diploma specifico in Medicina generale sia considerato a tutti gli effetti una specializzazione, così come previsto dalle norme comunitarie – conclude Anelli -.

È anche il tempo di valorizzare il ruolo di questa colonna del Servizio sanitario nazionale: un professionista al servizio dei cittadini. Un professionista che è legato ai suoi pazienti da un rapporto che non si esaurisce con la visita in studio, ma che continua con una telefonata, un messaggio anche la domenica o a tarda sera, per avere un consiglio, fugare un dubbio, ricevere una rassicurazione. Un rapporto che genera fiducia, la moneta più preziosa: l'81% degli italiani ha fiducia nel suo medico di famiglia. E la fiducia è alla base della relazione di cura e presupposto della riuscita di ogni strategia terapeutica o di prevenzione”.

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)

Aumenta il sostegno per i figli degli iscritti Enpam

L'Enpam aumenta ancora di più il proprio sostegno ai figli dei camici bianchi. Dopo il varo di diverse centinaia di borse di studio, è atteso per i prossimi giorni la pubblicazione del bando 2022 per la genitorialità. Il documento contiene le nuove misure approvate nei giorni scorsi dal consiglio di amministrazione dell'ente, che ha innalzato da 1.500 a 2mila euro il bonus bebè in favore delle mamme in camice. Una cifra che raddoppia per le madri che esercitano la libera professione.

SOSTEGNO PER ACCOGLIERE IL BEBÈ

Le misure del nuovo bando della Fondazione sono pensate per sostene-

re le madri iscritte all'Enpam per le spese dei primi 12 mesi dei bambini e delle bambine arrivati nel corso del 2021 o che arriveranno entro la data di scadenza del bando. Per i nati nel 2022, per i quali non si farà in tempo a fare domanda, si potrà invece fare riferimento al bando 2023.

ASSEGNO PIÙ ALTO, CHE RADDOPPIA

Come accennato, il bonus bebè aumenta da 1.500 a 2mila euro, viene dato in base alla situazione economica del nucleo familiare e si somma all'assegno di maternità. Nel particolare, le dottoresse iscritte alla Quota A possono richiedere i 2mila euro, men-

tre quante versano all'Enpam anche la Quota B hanno diritto a un sussidio aggiuntivo di altri 2mila euro. In sostanza, per le neo mamme libere professioniste il bonus bebè quest'anno arriverà a 4mila euro.

TUTELE IN AUMENTO

Sotto l'ombrello dell'Enpam le tutele per i figli dei medici e degli odontoiatri sono in costante crescita. Nei giorni scorsi, il Cda della Fondazione ha espresso parere favorevole all'intento di ampliare il sostegno alla genitorialità, con l'obiettivo di attribuire il bonus bebè anche ai papà in camice.

La misura è già in cantiere in casa Enpam, ma è da escludere che possa essere applicata quest'anno. Infatti, al di là dell'impegno della Fondazione, il futuro varo di un bonus da assegnare anche ai padri e non solo alle madri in camice dovrà passare al vaglio dei ministeri vigilanti.

ANTIOCO FOIS

Borse di studio per l'università ai figli dei liberi professionisti

L'Enpam accompagna negli studi universitari i figli dei liberi professionisti iscritti alla Fondazione. Anche quest'anno, infatti, l'ente previdenziale dei medici e degli odontoiatri ha varato il bando per erogare 300 borse di studio universitarie ai figli dei camici bianchi attivi – anche se pensionati – che versano la Quota B.

FINO A 4.650 L'ANNO

Il bando, già pubblicato, è rivolto agli studenti universitari iscritti all'anno accademico 2021/2022 e stanzia per loro 300 assegni di 3.100 euro, a cui si accede secondo criteri di reddito e di merito. Un importo che viene maggiorato del 50 per cento (per diventare di

4.650 euro) per i più meritevoli, che si laureano con 110 e lode.

REQUISITI E DOMANDE

I figli dei camici bianchi che vogliono partecipare al bando per la borsa di studio devono avere un'età non superiore ai 26 anni e devono essere in regola con gli studi. Vale a dire che devono avere conseguito tutti i crediti degli esami previsti per gli anni precedenti e almeno la metà di quelli dell'anno accademico in corso.

Le domande sono aperte fino al 4 ottobre e possono essere presentate esclusivamente tramite l'area riservata del sito dell'Enpam. Come accennato, il bando prevede requisiti di

reddito, che sono più favorevoli all'aumentare del numero di componenti del nucleo familiare del richiedente e nel caso siano presenti familiari con invalidità.

1,4 MILIONI DI EURO

Lo stanziamento per le borse di studio ai figli universitari dei contribuenti Quota B è di circa 1,4 milioni di euro e si aggiunge ai fondi messi a disposizione per gli universitari, figli della generalità degli iscritti Enpam, che hanno ottenuto l'ammissione ai collegi di merito. Per questi esiste infatti un'altra borsa specifica più alta, fino a 5mila euro, che può essere richiesta fino al 10 ottobre.

Autonomia Casse, quella spinta all'indietro che minaccia (anche) l'Enpam

Dopo la privatizzazione del 1993, una deriva "pubblicistica" minaccia di erodere l'autonomia delle Casse previdenziali private, includendole sempre di più tra le rigidità e i vincoli cui sono soggetti gli enti pubblici.

A rilevarlo è stato Sabino Cassese, professore emerito, già giudice costituzionale ed ex ministro del governo Ciampi, che ha tenuto una lezione in occasione all'evento "Autonomia delle Casse di previdenza al servizio delle professioni per il Paese", organizzato dall'Adepp lo scorso 14 giugno.

Ecco di seguito il suo intervento.

PREMESSA

I rapporti tra diritto pubblico e diritto privato hanno sempre registrato mutamenti con ampliamenti dell'area pubblicistica e, al contrario, allargamenti di quella privatistica. Quindi, i rapporti tra le due aree non sono mai

stati rigidi. Ma in poche occasioni si sono registrate involuzioni normative tanto gravi e pericolose quanto quelle che riguardano le Casse professionali private. Queste involuzioni hanno finora riguardato i rapporti tra disciplina del codice civile e disciplina amministrativa; col passare del tempo, potranno comportare anche modificazioni dell'ordine delle responsabilità, passando da quelle civilistiche a quelle contabili e penalistiche, con la conseguenza di aprire all'intervento delle procure contabile e penali. Bisogna, quindi, cercare di ristabilire il corretto equilibrio al più presto.

Questa relazione si propone di mostrare l'erroneità dell'involuzione normativa in corso, alla luce della Costituzione e della norma di privatizzazione, che risale al 1993.

In questa relazione, invece, non vengono esaminate questioni che possiamo definire laterali: quella dell'equo compenso previsto solo per profes-

sionisti iscritti agli ordini; quella degli obblighi contributivi per i professionisti iscritti a casse di previdenza di categoria, a cui l'Inps chiede la contribuzione alla gestione separata; quella della ricongiunzione dei contributi accantonati presso la gestione separata Inps nella cassa professionale nella quale si sia iscritti; quella dell'obbligo di iscrizione a gestioni separate dei soggetti iscritti in altra forma di previdenza obbligatoria (questioni sollevate sia da iniziative parlamentari, sia da decisioni giudiziarie).

Dalla Costituzione alla riforma del 1993

Secondo la Costituzione, la protezione sociale, di cui fa parte la previdenza, rientra tra i diritti dei cittadini, ma non è un compito affidato in via esclusiva ai poteri pubblici. Anzi, la Costituzione valorizza i corpi intermedi e le formazioni sociali e ad essi affida la funzione della protezione sociale.



Infatti, l'articolo 2 della Costituzione dispone che la Repubblica riconosce e garantisce i diritti dell'uomo anche nelle formazioni sociali dove si svolge la sua personalità. L'articolo 38 dispone che "i lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria" e aggiunge che "ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato". Dunque, la disciplina costituzionale della protezione sociale non è di tipo statalistico e prevede che ad essa provvedano organi ed istituti non istituiti e gestiti dallo Stato, ma soltanto da esso "predisposti o integrati". In attuazione di questa disposizione costituzionale, la legge 537/1993, articolo 1.33.4, dispone la privatizzazione degli enti pubblici di previdenza e assistenza, che non usufruiscono di finanziamenti pubblici o di altri ausili pubblici di carattere finanziario, e la loro trasformazione in associazioni o della fondazioni, con garanzie di autonomia gestionale, organizzativa, amministrativa e contabile, ferme restandone le finalità istitutive e l'obbligatoria iscrizione e contribuzione agli stessi degli appartenenti alle categorie di personale a favore dei quali essi risultano istituiti.

La norma appena citata conteneva una delega al governo per adottare un decreto legislativo, che è stato approvato nel 1994 (numero 509). Questo decreto già costituisce un arretramento rispetto all'indipendenza e all'autonomia delle Casse prevista dalla legge.

Va sottolineato che la privatizzazione delle Casse, compiuta nel 1993, non è stata una delle tante privatizzazioni che hanno riguardato il settore economico pubblico. Queste sono venute in un momento successivo, alla fine dell'ultimo decennio del secolo scorso, e sono state ispirate all'idea di riportare alla ricerca del profitto e sul mercato imprese gestite da enti pubblici in modo non profittevole e spesso godendo di benefici singolari. Invece, la privatizzazione delle Casse è stata ispirata all'idea di riconoscere i corpi intermedi; non riguardava imprese ma enti sociali; si allontanava

dall'idea dello Stato come esclusivo fornitore della funzione di protezione sociale, fermo rimanendo il carattere pubblico di questa funzione, a cui corrispondono diritti dei privati.

L'assimilazione alla pubblica amministrazione

Dal 1994 sono però intervenute numerose norme che hanno assimilato le associazioni e fondazioni alla pubblica amministrazione e che quindi vanno in controtendenza rispetto alla disciplina del 1993 - 94, che sottraeva gli enti al regime pubblicistico.

I nuovi vincoli sono contenuti in complessi normativi diretti ad aumentare i controlli, a prevedere interventi della Commissione di vigilanza sui fondi pensione, a consentire interventi dell'Agenzia per l'Italia digitale, ad applicare il codice dei contratti pubblici, ad inserire le Casse nell'elenco Istat collegato al Sistema europeo dei conti nazionali e regionali della Comunità, ad applicare agli enti la "spending review" per la riduzione della spesa pubblica, a sottoporre le Casse a controlli dell'Autorità nazionale anticorruzione e alla disciplina del pubblico impiego. A questa normativa potrebbe aggiungersi ora quella relativa agli investimenti delle Casse privatizzate.

Questa normativa comporta controlli del Ministero del lavoro, del Ministero dell'economia delle finanze, della Commissione bicamerale, della Covic, della Ragioneria generale dello Stato, della Corte dei conti, dell'Anac, dell'Agid, ed è in contraddizione sia con la disciplina privatistica alla quale si sono volute sottoporre le Casse nel 1993 - 94, sia con il criterio che la ispirava, quello dell'assenza di contributo o garanzia statale.

I punti principali di incidenza dell'impostazione pubblicistica sono tre: l'appartenenza delle Casse alla pubblica amministrazione, la loro definizione come organismi di diritto pubblico, le decisioni di investimento. A questi tre punti sono dedicati i paragrafi che seguono.

L'appartenenza delle Casse alla pubblica amministrazione

Numerose norme, dal 2009 al 2016, hanno attratto le Casse nell'area del-

la pubblica amministrazione. Queste norme hanno finalità di contenimento della spesa pubblica.

Ma le Casse non possono essere sottoposte alla stessa disciplina della pubblica amministrazione perché non sono rilevanti per la determinazione dei saldi di finanza pubblica. Non concorrono alla formazione del patrimonio pubblico perché le loro risorse sono costituite con contributi di privati professionisti e sono destinate ad uno scopo specifico. Su di esso e sulla sua gestione non possono applicarsi norme relative al contenimento della spesa pubblica, sia perché gli enti sono privati, sia perché le risorse gestite non provengono dal tesoro dello Stato, il quale ultimo ha solo provveduto a stabilire un obbligo di contribuzione, nello stesso tempo però escludendo che possano esservi finanziamenti pubblici o altri ausili pubblici di carattere finanziario, sia, infine, perché il patrimonio delle Casse privatizzate è vincolato quanto alla sua destinazione.

La definizione delle Casse come organismi di diritto pubblico

L'Autorità nazionale anticorruzione, da ultimo con il parere del 27. 4. 22, ha concluso che le Casse non sono escluse dall'applicazione del codice dei contratti pubblici, oggi contenuto nel DLGS 50/2016 perché i contratti che esse pongono in essere non sono riconducibili al mero affidamento di servizi finanziari.

Ma l'applicazione delle procedure di evidenza pubblica, e quindi il ricorso alle gare, è disposto dal codice dei contratti pubblici per gli enti pubblici e per gli organismi di diritto pubblico. Le Casse sono enti privati e per esse non ricorrono tutti e tre i requisiti di legge. Non sono enti pubblici perché definiti dalla legge fondazioni o associazioni. Non sono organismi di diritto pubblico perché per la loro esistenza debbono ricorrere tre requisiti, fissati dal diritto europeo e ripetuti nell'articolo 3 del DLGS 50/2016: a) essere istituito per soddisfare specificamente esigenze di interesse generale avente carattere non industriale commerciale; b) essere dotato di personalità giuridica; c) essere finanziato in modo maggioritario dallo Stato, da enti pub-

blici territoriali o da altri organismi di diritto pubblico, oppure essere controllato da uno di questi ultimi, oppure avere un organo di amministrazione, di direzione o di vigilanza costituito da membri dei quali più della metà è designata dallo Stato, dagli enti pubblici territoriali o da altri organismi di diritto pubblico.

Ora, nelle Casse non ricorre questo terzo requisito perché non c'è e non ci può essere un finanziamento pubblico; perché negli organi di amministrazione non vi sono membri designati per metà dallo Stato, da enti pubblici o da altri organismi di diritto pubblico e la gestione non è soggetta al controllo pubblico. Il controllo a cui fa riferimento la norma non è il controllo esterno, ma il controllo interno, tramite la partecipazione (se così non fosse, anche le banche e le assicurazioni, che sono sottoposte a controlli esterni di organismi pubblici, dovrebbero essere soggette alla disciplina del codice dei contratti pubblici e quindi stipulare contratti soltanto sulla base di gare).

Il controllo pubblico degli investimenti

L'adozione del decreto legge 98/2011, articolo 14.3, ha indotto a ritenere che il Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e sentita la Covip, possa dettare disposizioni in materia di investimento delle risorse finanziarie anche delle Casse professionali privatizzate nel 1993.

Vi sono alcuni motivi per dubitare che si possa legittimamente arrivare a questa conclusione.

In primo luogo, l'articolo in questione è intitolato "soppressione, incorporazione e riordino di enti ed organismi pubblici". Le casse non sono né enti, né organismi pubblici.

In secondo luogo, le disposizioni in materia di investimenti debbono, in base al terzo comma della stessa norma, tener conto di quanto previsto dall'articolo 2.2 del decreto legislativo 509/1994. Ora, questo articolo detta un criterio diverso ed autonomo, stabilendo la necessità che le casse assicurino l'equilibrio di bilancio sulla base di bilanci tecnici almeno triennali ed è questo che le Casse debbono rispettare.

In terzo luogo, i riferimenti contenuti nel terzo comma hanno ad oggetto gli "enti previdenziali", mentre le disposizioni che sottopongono le Casse al controllo della Commissione di vigilanza sui fondi pensioni – Covip, nel primo comma, fanno espresso riferimento agli "enti di diritto privato di cui al decreto legislativo 509/1994".

A questi argomenti di carattere giuridico, da cui si evince che la legge non consente di dettare criteri di investimento relativamente alle Casse (stabilendo, ad esempio, limiti agli investimenti immobiliari, la disciplina delle remunerazioni, le regole sul conflitto degli interessi e il ricorso agli strumenti derivati), si aggiungono quelli di carattere sostanziale. C'è, infatti, un contrasto tra la determinazione di questi criteri e l'autonomia gestionale delle Casse. La loro gestione diventerebbe difficoltosa e costosa per il suo carattere di uniformità (in quanto riguarda Casse di dimensioni diverse) e per la sua rigidità. L'equilibrio contributi – prestazioni deve essere stabilito per ogni Cassa in relazione a dimensioni, numero di iscritti e rotazione di contribuenti e aventi diritto alle prestazioni. Si aggiunga che con normative di questo tipo, dettate dal regime del sospetto, le società di gestione del risparmio non sarebbero inclini a collaborare e che le fondazioni di origine bancaria, che hanno problematiche simili, hanno potuto autoregolamentare i propri investimenti, senza essere sottoposte a regole statali uniformi e rigide.

Gli argomenti del vincolo e della garanzia implicita

A sostegno della ripubblicizzazione delle Casse che erano state privatizzate nel 1993 – 94, vengono adoperati due argomenti, che vanno qui considerati.

Il primo argomento è quello che si trae dalla stessa legge delegante del 1993, la quale dispone che restano ferme le finalità istitutive e l'obbligatoria iscrizione e contribuzione agli enti degli appartenenti alle categorie di personale a favore dei quali essi risultano istituiti.

Ma trarre dalla obbligatorietà dell'iscrizione e della contribuzione la conseguenza che il soggetto debba

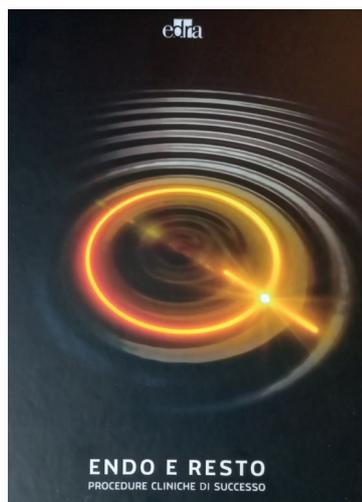
essere assimilato alla pubblica amministrazione non è solo contrario all'espressa disposizione della norma che prevede il carattere privato degli enti, ma anche alla logica. Infatti, per fare soltanto due altri esempi di obblighi, un vincolo urbanistico gravante su un edificio collocato in una zona urbana impone obblighi che vanno rispettati, ma non fa diventare l'edificio pubblico; né gli obblighi che gravano sui notai, per la funzione pubblica che essi svolgono, li fa diventare funzionari pubblici. Questo vale a maggior ragione per le Casse, perché il vincolo non è disposto nell'interesse pubblico, ma nell'interesse dei privati che beneficerebbero delle prestazioni derivanti dalle contribuzioni obbligatorie; e perché lo debbono far rispettare gli stessi amministratori delle Casse, che rappresentano la categoria assistita.

L'altro argomento è quello che viene definito della "garanzia implicita" del Tesoro in caso di insolvenza delle Casse. Questo argomento chiaramente dimostra troppo, perché dovrebbe valere anche per le banche e per le assicurazioni, e quindi ne discenderebbe che anche le banche e le assicurazioni possono essere assimilate alle pubbliche amministrazioni. Per escludere conclusioni di questo tipo, il diritto europeo ha stabilito i ben noti criteri di "bail in".

Conclusioni

Un noto studioso francese, Thomas Perroud, ha scritto di recente un articolo intitolato "*Le droit privé est-il l'avenir de l'action public?*", illustrando il progressivo svuotamento dello Stato e del diritto pubblico, perché il diritto privato governa sempre di più l'azione pubblica, e occorre quindi ripensare il diritto privato come un diritto comune all'azione pubblica. C'è una penetrazione del diritto privato molto profonda nell'ambito del diritto pubblico. Di una tendenza di questo tipo si era reso conto il legislatore nel 1993 – 1994, compiendo la riforma delle Casse. In un quarto di secolo si stanno lentamente mettendo in dubbio i benefici di quella lungimirante riforma.

SABINO CASSESE,
PROFESSORE EMERITO, GIÀ GIUDICE
COSTITUZIONALE ED EX MINISTRO



Endo e Resto

PROCEDURE CLINICHE DI SUCCESSO

Recensione

AA. VV., *Endo e resto. Procedure cliniche di successo*, a cura di M. Gagliani, con Prefazione di A. Bulbarelli e L. Paganelli Farina, Milano, Edra S.p.A., 2022, €139.

Si tratta di un volume dalla raffinata veste editoriale con una consonanza esemplare fra testo ed immagini; una consonanza che, naturalmente, non interessa la sola anatomia della bocca ma anche lo strumentario, quanto mai complesso, che oggi risulta indispensabile per un corretto operare dell'odontoiatra.

Nella Prefazione del volume, Massimo Gagliani sottolinea, infatti, la rilevanza che in tema di endodonzia compete allo strumentario che, elaborato in lega di Nichel-Titanio, ha rivoluzionato la pratica corrente di questa disciplina. Il volume compendia l'esperienza professionale di molti clinici fra i quali non mancano i veronesi e, al proposito, si ricordano Luca Landi, che si occupa di parodontologia e implantologia non solo a Roma ma anche a Verona, e Giovanni Marzari professore a contratto di Odontoiatria Restaurativa presso l'Università degli Studi di Verona. Al saggio di Landi e Marzari – *Le indicazioni all'allungamento di corona clinica nell'odontoiatria minimamente invasiva* – hanno contribuito anche Raffaele Saviano e Nicola Marco Sforza.

Endo e resto, che fa seguito alla precedente iniziativa editoriale *Taglio e Forma*, testimonia il 'balzo' che ha compiuto l'odontoiatria nel tempo di una generazione.

LULCIANO BONUZZI

SERVIZI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI DI VERONA

OFFERTI AGLI ISCRITTI

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

CONSULENZA LEGALE (Avv. Donatella GOBBI)

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

CONSULENZA MEDICO LEGALE (Dott.ssa Federica BORTOLOTTI)

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

CONSULENTE FISCALE (Dott.ssa Graziella MANICARDI)

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

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

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

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

