

# VERONA MEDICA

**Trimestrale di informazione medica**

In questo numero:

**Relazione del Presidente Rugiu alla assemblea  
ordinaria annuale 14 dicembre 2022 ..... pag. 10**

**La relazione di cura: dalla prospettiva  
storica all'evidenza neurobiologica ..... pag. 24**

**Fake news e medicina ..... pag. 28**

**Enpam: approvato all'unanimità  
il preconsuntivo 2022. Esaminata  
la riforma della Quota A ..... pag. 50**

**4**

**DICEMBRE  
2022**

## VERONA MEDICA

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

Anno LVII n. 4 DICEMBRE 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](http://www.omceovr.it)

**Direttore Responsabile**  
Roberto Mora

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

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

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

**Revisori dei Conti**  
Vania Teresa Braga, Pasquale Cirillo

**Revisore dei Conti Supplente**  
Marco Barbetta

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

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

**Foto di Copertina**  
Orchidee  
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** *Intelligenza artificiale in Medicina*

## NOTIZIE DALL'ORDINE

**6** *Verbalì del Consiglio e delle Commissioni*

**10** *Relazione del Presidente Rugi alla assemblea ordinaria annuale 14 dicembre 2022*

**13** *Collaborazione tra Rete di Vita e OMCEO Verona*

## ALBO ODONTOIATRI

**14** *Verbalì della Commissione Odontoiatri*

**15** *Radiodiagnostica complementare, Iandolo (Commissione Albo Odontoiatri nazionale)*

**16** *Turismo dentale all'estero, la Cao contro la pubblicità ingannevole*

## AGGIORNAMENTO

**17** *Associazione per la Collaborazione allo Sviluppo di Base della Guinea Bissau di Verona - ONLUS*

**18** *Impressioni di Settembre*

## AGGIORNAMENTO

**20** *Protocollo di Studio: craving evocato in utilizzatori di alte dosi di benzodiazepine tramite simulazione di realtà virtuale*

**22** *Trattamento del Tabagismo: l'opportunità citisina a Verona*

**24** *La relazione di cura: dalla prospettiva storica all'evidenza neurobiologica*

## ATTUALITÀ

**27** *Libertà e Solidarietà*

**28** *Fake news e medicina*

**34** *Allarme medici di base in Italia: cosa rischiamo*

**35** *SSN, rapporto Gimbe*

**38** *Vaccino Covid. Scotti: per i medici sia obbligo deontologico*

**38** *Medici e dentisti quattro volte più fedeli all'Italia*

**39** *Scotti (FIMMG): "Servirà un Ministro 'politicamente' forte, capace di portare sul tavolo del Governo i principi dell'articolo 32 della Costituzione"*

**41** *Congresso Fimmg, Scotti: "In Legge di Bilancio investimenti per i medici di famiglia e no alla dipendenza"*

**42** *Ci ha lasciati Bepi Sartori. "El dottor Zacchelequà"*

## STORIA DELLA MEDICINA

**44** *Giacomo Casanova: un disturbo di personalità*

## FOMCeO

**47** *Anelli (Fnomceo): "Auguri ai nuovi eletti. Puntare sui professionisti per una sanità fatta di persone"*

**47** *Tutela assicurativa: insediato il Tavolo di lavoro Inail*

**48** *Anelli (Fnomceo) al futuro Governo: "Investiamo sui medici e sui professionisti del SSN"*

**49** *Covid, Anelli (Fnomceo): "Bene ritorno alla normalità, ma su mascherine chiediamo regole certe e uniformi"*

## ENPAM

**50** *Enpam: approvato all'unanimità il preconsuntivo 2022. Esaminata la riforma della Quota A*

**51** *Medicina generale, la guida è online*

**51** *Bonus di 150 o 200 euro per energia*

**53** *Pensione di anzianità, come affrontarla serenamente con il ventaglio di opzioni Enpam*

## SINDACATI MEDICI

**55** *Consiglio Nazionale Fimmg: la mozione finale*

## LIBRI RICEVUTI

**57** *La Rete e l'assalto alla Medicina Confidenziale*

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

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

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

# Intelligenza artificiale in Medicina

**Si può scoprire di più su una persona in un'ora di gioco che in un anno di conversazione**

PLATONE, 428-348 A.C.

Il 24 e 25 novembre si è svolto a Roma il Convegno della FNOMCeO "Una nuova deontologia per il nuovo ruolo del medico". La seconda giornata dei lavori si intitolava: "Nuovo ruolo del medico e intelligenza artificiale", e su questo argomento focalizzerò le mie osservazioni che, ovviamente, si rifanno a citazioni di esperti del settore, che cercherò di seguito di riassumere.

Presentando questa giornata il presidente Anelli sottolineava come in questa sessione "si sarebbe affrontato un tema filosofico di interpretazione della professione. Basta pensare che la legislazione europea ci colloca nell'alveo delle imprese, e che oggi ci considera tecnici: ma noi non siamo una professione che ha come obiettivo il guadagno. Continuo a rivendicare un ruolo etico, e allo stesso tempo ispirato alla Costituzione, per rendere disponibili i diritti di cura e salute al cittadino-paziente". Viceversa "se ci considerano tecnici della salute, è chiaro che una macchina potrebbe essere più brava e mettere in fila una grande quantità di dati: ma la differenza, dove si vede l'abilità del medico, sta nell'interpretazione dei dati, che non può fare a meno del professionista che sta di fronte al paziente" (e col quale quest'ultimo vuole continuare a confrontarsi, osservazione personale).

"L'Intelligenza Artificiale (IA) diventerà uno strumento fondamentale per migliorare l'accuratezza della diagnosi e l'efficacia dei trattamenti, ma va evitato il tentativo già in atto in altri Paesi – prosegue Anelli – di usare l'algoritmo come un surrogato, perché nessuna intelligenza artificiale potrà sostituire il rapporto medico-paziente". Sta di fatto che l'IA è già con noi, ci accompagna nella vita di tutti i giorni, anche se

non ce accorgiamo. Basta accedere ad Amazon.com oppure scegliere un film su Netflix: le intelligenze artificiali odierne sono "semplicemente" software di apprendimento automatico avanzato con algoritmi comportamentali estesi che si adattano alle nostre preferenze e antipatie. Queste macchine non stanno diventando più intelligenti in senso esistenziale, ma stanno migliorando le loro capacità e utilità sulla base di un ampio set di dati.

Gli esempi di utilizzo più frequente sono: il T9, Siri, la guida assistita delle automobili, ossia un tipo di guida dove la macchina, attraverso una serie di specifici sistemi, detti ADAS (Advanced Driver Assistance Systems), "assiste" il guidatore, intervenendo autonomamente se necessario. Tesla, per esempio, ha sviluppato un software di guida autonoma con capacità predittive e di apprendimento; la sua forza sta nella capacità di "imparare" a guidare sempre meglio, e trasmettere le informazioni aggiornate a tutti i veicoli dell'azienda di Elon Musk. Quindi, l'IA non si può fermare, come non possiamo fermare la storia.

Ne consegue che dovremo fare i conti con l'IA anche nella nostra professione, non solo nei sofisticati meccanismi di robotica che assistono e guidano l'attività di chirurghi, ortopedici, urologi ed altri specialisti, ma anche in altri settori, nei quali sono in grado di migliorare l'accuratezza diagnostica e facilitare la scelta della terapia più appropriata da parte del professionista. Come ben sapete il tentativo di sostituire la figura del medico con algoritmi non è così distante dalla realtà: infatti, in Inghilterra c'è già la possibilità di farsi fare una diagnosi da un computer, da un sistema di intelligenza artificiale (IA), anziché da un medico di famiglia, mediante l'utilizzo della App denominata "Babylon Health" (BH). L'esperienza britannica ha fatto nascere diversi interrogativi, a partire dal percorso che conduce alla diagnosi, che si basa



Il Presidente OMCeO Carlo Rugiu

solo sulla raccolta dati da parte di un software e non su un'interazione del paziente con il medico. In particolare, in Inghilterra il general practitioner viene messo da parte dal paziente a favore di un software che non era stato sottoposto ad alcuna valutazione HTA (Health Technology Assessment).

C'è infine da sottolineare la possibilità, non teorica, ma reale, che il software arrivi ad un sospetto diagnostico e possa richiedere per la conferma l'esecuzione di prestazioni di laboratorio e/o di esami strumentali che l'IA prenoterà presso il laboratorio più vicino al domicilio del paziente, oppure favorire l'aumento del consumo di farmaci, anziché promuovere modifiche dello stile di vita, soddisfacendo evidenti interessi economici da parte del business privato.

Carlo Casonato ha analizzato il possibile impatto di Babylon Health sui malati, sui medici aderenti e sulla Medicina, intesa in senso lato. Il paziente ha la "comodità" (un vantaggio reale?) di poter ottenere un consulto h24 e, in caso di riferiti disturbi, di poter accedere ad una videoconsulenza nell'arco di poche ore, con un sanitario che non lo ha mai visto e che traccia le sue conclusioni diagnostiche e di terapia su suggerimenti desunti da un'ampia banca dati, comprendenti anche il riconoscimento facciale da parte della IA di espressioni legate a emozioni o stati d'anima che, giova sottolinearlo, non sono tutte uguali nelle varie etnie. Indubbiamente la App contribuirà ad una disumanizzazione del rapporto

medico-paziente, che rischia seriamente di ridursi ad un colloquio, sia pure sofisticato, tipo call center.

Dal punto di vista del medico utilizzatore della applicazione, il sistema offre la possibilità di svolgere la propria attività nella fascia oraria preferita, consentendo di approntare il proprio “studio” in ogni luogo, dove vi sia una sufficiente copertura di rete. Certo, siamo distanti anni luce da quando il medico condotto veniva a casa a visitarci e, al termine della visita, si fermava a bere un caffè, non prima di essersi lavato le mani con l’asciugamano pulito preparato per tempo. Gli utenti di Babylon Health sono generalmente giovani, con buone possibilità economiche e in condizioni di salute migliori: ne deriva che i medici ai quali essi si rivolgono, col passar del tempo rischierebbero di perdere la capacità di affrontare percorsi diagnostici più seri e complessi, imboccando la strada di un progressivo de-skilling.

Nella pratica, si può verificare la possibilità che il medico – in una situazione di questo tipo – tenda ad assumere un ruolo secondario, meramente confermativo, rispetto alle decisioni prese dall’algoritmo della App. In termini generali – sottolinea Casonato – bisogna interrogarsi se i dispositivi di IA utilizzati in ambito medico debbano essere valutati solo in base alla mera efficacia tecnica, e non piuttosto, allargando l’orizzonte degli utenti in causa, anche guardando alla molteplicità di dimensioni collettive e di variabili in causa di natura sociale, giuridica, professionale ed economica.

Secondo Giampaolo Collecchia “l’utilizzo sempre più diffuso di sistemi intelligenti muta radicalmente la relazione tra l’uomo e la tecnologia. L’auspicio è che la Medicina possa modulare la tecnologia secondo i propri valori: uguaglianza, bisogni reali, accessibilità, continuità di cura.” L’IA è già in grado di effettuare diagnosi e prognosi basandosi su una semplice immagine radiologica o su una foto di un vetrino. In ambito psicoterapeutico sono già in funzione Avatar che compongono con gli umani nella terapia dei problemi psichici.

Questo “datanami” (così viene indicato lo tsunami dei dati) rischia di som-

mergere la millenaria Medicina Ippocratica: questo si tradurrà in un reale progresso?

Per un imprevedibile gioco della storia, il passaggio della medicina dalla fase Ippocratica ad una fase digitale coinciderà con il passaggio del testimone dai medici babyboomer (che stanno lasciando la professione) ai trentenni di oggi, preparati, motivati, ma che rischiano di essere, più o meno inconsapevolmente, travolti dalla marea digitale. Sta cambiando tutto intorno a noi: dobbiamo evitare di essere travolti da questa marea di dati, spesso ottenuti dai nostri assistiti anche con i dispositivi indossabili; questi dati devono essere oggetto di attenta interpretazione da parte del medico, onde evitare il rischio di aumentare il fenomeno negativo delle sovradiagnosi. Non dimentichiamo che la nostra identità è ancora profondamente analogica, pur in un mondo sempre più digitale.

Ma ripensiamo al significato di digitale: deriva dall’inglese digit, a sua volta derivazione di digitus (pensiamo alla allocuzione: contare sulle dita). “Nonostante l’etimologia, il concetto di medicina digitale – ricorda Collecchia – è diventato nell’uso pratico un ossimoro: il tocco umano contro la sua antitesi, il contatto contro il monitoraggio, con un rischio sempre maggiore di perdita della relazione medico-paziente”, già così provata dalla pandemia.

La medicina digitale non dovrà quindi sostituire la medicina Ippocratica, ma affiancarla, grazie ai nuovi canali comunicativi e alle nuove tecnologie. I sistemi di IA e di medicina digitale dovranno essere governati dal medico, che potrà così sfruttare appieno le enormi potenzialità delle tecnologie, conoscendone tuttavia i limiti e le conseguenze derivanti da un loro utilizzo indiscriminato. Sicuramente la Medicina non potrà mai essere solo sensori e algoritmi. Il nuovo medico dovrà svolgere un ruolo di guida, supervisione e monitoraggio, utilizzando la propria intelligenza e le capacità che lo rendono superiore alla IA, in particolare, l’empatia, la flessibilità, l’intuizione. Il medico dovrà in futuro avere digital skills approfondite per poter raccogliere i dati che gli forniscono i sistemi

di IA, ma li dovrà rielaborare alla luce di una formazione umanistica che gli permetta di rimanere al centro del rapporto medico-paziente. La digitalizzazione della Medicina ed il nostro rapporto con l’IA è già ieri, non è nel futuro, fa parte della storia (recente) e la storia non si può fermare. Quello che ci auguriamo è che i giovani Medici che lavorano con l’IA siano in grado di modulare la tecnologia, senza perdere familiarità con i principi che regolano la relazione umana, coniugando nel contempo i valori della medicina pubblica: uguaglianza, bisogni reali, accessibilità, continuità di cura.

Dal punto di vista dei Pazienti, dovremo fare di tutto per evitare che una medicina assistita dagli algoritmi acuisca, anziché combattere, le vulnerabilità sociali ed economiche già presenti. Da parte sua, la popolazione più giovane, più sana e più predisposta all’utilizzo di sistemi sanitari mediati dalla IA dovrà essere resa edotta non solo sulle potenzialità, ma anche sul rischio che si generino illusioni di infallibilità della medicina algoritmica.

Se riusciremo a coniugare quello che la tecnologia ci offre con i bisogni del paziente, senza che il medico abdichi al suo ruolo fondamentale nella relazione di cura, assisteremo alla transizione dalla Medicina Ippocratica alla Medicina del terzo millennio.

## Bibliografia essenziale

- A. Malva, V. Zurlo: La medicina nell’era dell’Intelligenza Artificiale: applicazioni in Medicina Generale. Rivista SIMG n.4, vol.26, 28-31, 2019.
- A. Malva, V. Zurlo. Babylon Health: Il servizio anglosassone di Medicina Generale privato basato su app. Rivista SIMG, n.5, vol. 26, 15-17, 2019.
- C. Casonato. Intelligenza Artificiale e Medicina: l’impatto sulla relazione di cura (cenni). Argomenti del Diritto Civile, SMART: la persona e l’infosfera, Pacini Giuridica, 2022.
- Collecchia G, De Gobbi R. Intelligenza artificiale e medicina digitale: una guida critica. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2020.

CARLO RUGIU  
PRESIDENTE OMCEO VERONA

# Verbali del Consiglio e delle Commissioni

## VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 20 LUGLIO 2022

**Convocazione ore 20.30  
Sala Consiglio**

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

**Assenti:** A. Guglielmi, A. Elio,  
L. Formentini, F. Facincani,  
V. Braga, C. Pastori.

**1) Lettura e approvazione dei verbali relativi al precedente Consiglio del 28 Giugno 2022 e alla seduta straordinaria on line del 13 Luglio 2022.** I verbali vengono approvati all'unanimità.

### 2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

**2a)** Il Presidente sottolinea come sia migliorata la collaborazione tra Ordine dei Medici e Università di Verona grazie al lavoro della dott.ssa Pastori e della commissione specifica. A questo proposito vista la rilevanza dei lavori presentati dai laureandi nelle sedute di laurea a cui i componenti del direttivo partecipano a turno, ha chiesto, insieme al prof. Chiamulera, che ha dato il parere favorevole dell'Ateneo, di poter avere alcuni lavori in forma di articolo da pubblicare su Verona Medica, in modo che essi possano essere letti e apprezzati dalla comunità medica veronese.

**2b)** Il Presidente aggiorna il Consiglio in merito alla collaborazione con l'ordine di Padova sul tema degli appalti alle cooperative, utilizzate soprattutto nei settori dell'emergenza-urgenza. Il Presidente sottopone al Consiglio la lettera di accompagnamento a firma congiunta dei presidenti di Padova e Verona che dovrà accompagnare il documento già redatto, in modo che esso possa essere condiviso con gli altri OMCeO del Veneto. Il Consiglio approva all'unanimità.

**2c)** Il prof Antonio Lasalvia, della sezione di Psichiatria dell'Università di Verona, propone l'invito a partecipare ad un'indagine tra gli iscritti sul come gli iscritti all'OMCeO di Verona percepiscono il mondo della Psichiatria. Il Consiglio approva all'unanimità l'invio del questionario alla mailing list.

**2d)** Il presidente illustra inoltre il progetto di collaborazione tra l'OMCeOVR e la Onlus Rete di Vita rappresentata dal Prof. Calabrò: il progetto ha la finalità di sensibilizzare i cittadini alla donazione di organi e vorrebbe farlo attraverso video da trasmettere nelle sale di attesa degli studi dei MMG e negli studi odontoiatrici e in parte attraverso una formazione specifica rivolta proprio ai colleghi MMG. Il Consiglio approva all'unanimità.

La dott.ssa Boscagin, presidente CAO aderisce al progetto descritto al punto 2d) precisando che il video dovrà essere prima visionato e approvato.

**3)** Iscrizioni e cancellazioni illustrate dal Vicepresidente

### MEDICI - CHIRURGHI

#### Prima iscrizione:

Dott.ssa ZAEVSKA Maja

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

Dott.ssa ANTOLINI Sofia  
Dott.ssa ARCARI Lyria  
Dott.ssa BALLARINI Sofia  
Dott. BALLINI Luca  
Dott.ssa BELLINI Vittoria  
Dott.ssa BENEDETTI Elisa  
Dott. BENEDETTI Lorenzo  
Dott. BERSANI Alberto

Dott. BERTOCCO Giacomo  
Dott.ssa BERZACOLA Sara  
Dott. BETTINI Emanuele  
Dott.ssa BIANCHI Federica  
Dott. BIONDANI Francesco  
Dott.ssa BOLCATO Olivia  
Dott.ssa BONOMO Francesca  
Dott. BOVO Tommaso  
Dott.ssa BRANCOLINI Giovanna  
Dott. BRAZZOLI Francesco  
Dott.ssa BURATI Giulia  
Dott. CORDIOLI Edoardo  
Dott.ssa CRISTOFORI Cecilia  
Dott.ssa DAL LAGO Anna  
Dott.ssa DE ANGELIS Noemi  
Dott.ssa DE GAETANO Luciana  
Dott.ssa DE GIOVANNI Sara  
Dott. DORIZZI Lorenzo  
Dott.ssa FINO Elena  
Dott.ssa FIORETTI Barbara  
Dott.ssa FIORINI Caterina Maria  
Dott.ssa FIUMINI Alessia  
Dott. FRATTON Zeno  
Dott. GAMBERONI Marco  
Dott. GAROFALO Stefano  
Dott.ssa GASPARINI Irene  
Dott. GRANGIE' Nicolò  
Dott.ssa GRIGOLATO Sharon  
Dott. LAVIO Salvatore  
Dott.ssa LORENZINI Beatrice  
Dott.ssa LUNARDI Serena  
Dott. MAZZI Lorenzo  
Dott. MELEGATTI Lorenzo  
Dott.ssa MENINI Anna  
Dott.ssa MOLINAROLI Elisa  
Dott.ssa MOSCHELLA Agnese  
Dott.ssa NICOLIS Gaia  
Dott.ssa OMBONI Federica  
Dott.ssa PANZARINI Ilaria  
Dott.ssa PEDRON Giulia  
Dott.ssa PERONI Sabrina  
Dott.ssa PICCOLI Elena  
Dott.ssa POLATI Rita  
Dott.ssa POLI Sofia  
Dott.ssa POMARI Chiara  
Dott. RAMPAZZO Alessandro  
Dott.ssa RANDAZZO Alessia  
Dott. RIGO Pietro  
Dott.ssa RIGOLI Rebecca  
Dott. ROSSIGNOLI Riccardo  
Dott.ssa SALVAGNO Sara  
Dott.ssa SIMIELE Giulia  
Dott.ssa SOVRAN Anna  
Dott. SQUARANTI Paolo  
Dott.ssa SUCCI Elisa  
Dott. TADDEI Filippo  
Dott.ssa TEMPO Giulia  
Dott.ssa TODESCHINI Giulia  
Dott. TOSI Matteo  
Dott.ssa TRATTA Eleonora

Dott. VALLICELLA Davide  
Dott.ssa VENTURI Francesca  
Dott. VENTURINI Andrea  
Dott. VIANINI Nicolò  
Dott. VITA Pietro  
Dott.ssa ZAGO Benedetta  
Dott. ZANFORLIN Roberto

## Reiscrizioni:

Dott.ssa ZANDONA' Chiara

## Cancellazioni per decesso:

Dott.ssa MOSCIARO Claudia (2013)  
Dott. ROBERTO Tommaso (2021)  
Dott. ZENARI Giuliano

## Cancellazioni su richiesta:

Dott. CHIAMENTI Cesare Augusto

## ODONTOIATRI

### Cancellazione su richiesta:

Dott. MORELLI Aldo

### 5) Revoca sospensione dott. Righetti.

7) La dott.ssa Tomezzoli riferisce al Consiglio la possibilità di fare una integrazione della polizza di responsabilità civile già sottoscritta dall'Ordine: l'integrazione prevede la responsabilità amministrativa personale e il danno erariale, ha un massimale di 2.500.000 euro e costa 110 euro all'anno. Ha inoltre una retroattività illimitata e una postuma inclusa di 60 mesi. Tale polizza è volontaria e si sottoscrive personalmente.

La dott.ssa Tomezzoli chiede inoltre di formalizzare la spesa di 5500 euro per il concerto del teatro Filarmonico dell'8 ottobre, già approvata in modo informale dal Consiglio, aggiunge che per la riuscita dell'evento servono il servizio di maschere all'interno del teatro, l'assicurazione -il fotografo-locandine-e ospitare il dott. Schipilliti il tutto per un preventivo di oltre circa euro 4.100.00

Il Consiglio approva all'unanimità.

Il dott. Cordioli aggiorna il Consiglio sull'organizzazione della giornata del Medico e dell'Odontoiatra: per la giornata del 3 settembre sono giunte finora le adesioni di 109 neolaureati e 50 medici che festeggiano i 50 anni di laurea. Pertanto nella giornata del 3 settembre ci sarà una sola seduta probabilmente alla mattina.

## **VERBALE DI CONSIGLIO STRAORDINARIO DEL 31 AGOSTO 2022**

**Presenti:** Rugiu, Cordioli, Pastori, Orcalli, Accordini, Facincani, Carrara, Boscagin, Luciano.

**Assenti giustificati:** Tomezzoli, Musso, Guglielmi, Gobbi, Bellamoli, Formentini, Bertaso, Elio, Braga, Cirillo, Barbetta.

## ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

### MEDICI - CHIRURGHI

#### Prima iscrizione:

Dott.ssa SIFAKI Elisavet

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

Dott.ssa AVESANI Sofia Maria  
Dott.ssa BOSCHELLI Lara  
Dott.ssa BRINA Alessandra  
Dott.ssa CERETTI Valentina  
Dott.ssa D'ALESSANDRO Martina  
Dott. D'ALESSANDRO Matteo  
Dott.ssa RODEGHER Alessandra  
Dott. SABBION Nicolò  
Dott.ssa TOMELLERI Claudia  
Dott.ssa VENTRIGLIA Anna  
Dott.ssa ZAMPIERI Erica  
Dott. ZOLIN Alberto

#### Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott.ssa CASADEI Ambra da Parma

#### Cancellazione su richiesta:

Dott. MONTEBELLI Antonio

#### Cancellazioni per decesso:

Dott. MANGANOTTI Alberto

## ODONTOIATRI

#### Prima iscrizione:

Dott. BONIOLI Riccardo  
Dott. FACCIONI Angelo  
Dott.ssa MARCHESINI Francesca  
Dott.ssa MARCONCINI Ilaria  
Dott. TOMIZIOLI Nicolò  
Dott.ssa VENTURI Valeria  
Dott.ssa ZAPPALA' Irene

Approvate all'unanimità.

Il Presidente, comunica al Consiglio che l'Ordine si costituisce nel ricorso

so pendente avanti al TAR per il Veneto n. 1060/2022 R.G. notificato l'11/08/2022 dal dottori XXXX e XXXX, nei confronti anche dell' OMCeO di Verona, con l'impugnazione delle delibere n. 111/112 del 11/05/2022, con le quali è stato accertato il loro inadempimento all'obbligo vaccinale, con conseguente sospensione dall'esercizio delle professioni sanitarie. Considerato che, a seguito della reiezione dell'istanza di misure cautelari monocratiche proposta con il ricorso, il Presidente del TAR Veneto ha fissato, per la discussione della sospensiva l'udienza del 07/09/2022, con decreto 22/08/2022, comunicato all'Ordine dalla Segreteria del TAR, e che è opportuna la costituzione dell'Ordine, nei termini di rito in vista dell'udienza, per l'illustrazione di ogni necessaria difesa.

Il Presidente, autorizzato dal Consiglio a compiere tutti gli atti necessari per la costituzione dell'Ordine, in detto procedimento, conferisce **procura speciale** all'avvocato Donatella Gobbi del foro di Verona sottoscrivendo il relativo mandato.

Il Presidente, informa il Consiglio che la dott.ssa XXXXX, che è stata sospesa con delibera di Consiglio n. 129 del 01/06/2022, ha chiesto la revoca della sospensione in quanto ha contratto COVID in data 25/07/2022 con guarigione in data 06/08/2022 e G.P. valido fino al 21/01/2023.

Il Presidente rende noto altresì della segnalazione pervenuta all'Ordine, da parte dell'Azienda Autonoma di Trento, in cui si specifica che la dott.ssa XXXX, dirigente medico della stessa amministrazione, non si è mai vaccinata e non ha intenzione di vaccinarsi; la dott.ssa XXXX non ha mai dato riscontro al nostro invito rivoltagli in data 05/01/2022, non dimostrando, né di aver effettuato ciclo primario e dose booster (anti Covid), né di aver prenotato la vaccinazione, né di essere in possesso di valida certificazione.

Il Consiglio dell'Ordine sentite le comunicazioni da parte del Presidente, approva all'unanimità la revoca della sospensione per la dott.ssa XXXX e la sospensione della dott.ssa XXXX.

## VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 21 SETTEMBRE 2022

**Convocazione ore 20.30  
Sala Consiglio**

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

**1) Incontro con il dott. Giulio Rigon Segretario provinciale della FIMMG.** Il Dott. Rigon è soddisfatto dei rapporti con l'Ordine dei Medici e in particolare di quanto operato dalla commissione Ospedale - Territorio e dalla commissione dei rapporti con l'Università e conta di continuare in questa proficua collaborazione.

**2) Incontro con il dott. Roberto Pace Presidente ANDI per Verona.** Il dott. Pace fa parte anche della CAO per cui ha un rapporto di proficua collaborazione con il nostro Ordine. Si scusa per non aver partecipato alla giornata del medico del 3 settembre ed assicura la propria partecipazione il 5 novembre. ANDI che nella provincia di Verona vanta 610 iscritti e sta lavorando per salvaguardare i giovani colleghi ed aiutarli ad essere titolari di studi.

**3) Lettura e approvazione dei verbali relativi al precedente Consiglio del 20 luglio 2022 e alla seduta straordinaria on line del 31 agosto 2022.** I verbali vengono approvati all'unanimità.

**4) Delibere Amministrative da Gennaio a Maggio 2022.** dott.ssa Pastori Delibere approvate all'unanimità

### 5) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

**5a)** In relazione al risultato della giornata del medico del 3 settembre il presidente chiede ai consiglieri che erano presenti eventuali osservazioni -suggerimenti - modifiche per l'organizzazione della prossima

giornata del medico del 5 novembre; le eventuali osservazioni devono pervenire nel giro di pochi giorni per ovvi motivi organizzativi.

**5b)** Il presidente ricorda ai consiglieri il concerto dell'8 ottobre al teatro Filarmonico. In concerto è gratuito su invito fino ad esaurimento posti. Gli inviti saranno disponibili presso la biglietteria della fondazione arena da lunedì 26 ottobre.

**5c)** Il documento sull'utilizzo delle cooperative approvato dal nostro consiglio è stato inviato a tutti gli Ordini del Veneto a firma congiunta Padova - Verona. Vicenza ha risposto che approva il documento. Venezia, Belluno e Rovigo sottoporranno il documento all'approvazione del consiglio.

**5d)** Liceo a curvatura biomedica: i due licei veronesi che fanno parte della rete sono il Liceo Copernico e il Liceo Maffei. Il 28 settembre si terrà un incontro in videoconferenza a cui parteciperanno gli ordini dei medici e i licei approvati. Verrà illustrata la modalità di organizzazione delle lezioni.

I Liceo Maffei ha già inviato un'ipotesi di calendario delle lezioni. Vengono richiesti i seguenti specialisti: dermatologo, cardiologo, ortopedico ed ematologo. Si chiede la collaborazione della commissione cultura coordinata dal dott. Orcalli per reperire gli specialisti disponibili.

**5e)** Il dott. Giroto ha proposto che l'ordine si faccia promotore di istituire una borsa di studio per studenti in medicina laureandi con una tesi in storia della medicina. A tal proposito viene sottolineato come a Verona non sia presente questo insegnamento e il consiglio all'unanimità ritiene che ciò non rientri tra i compiti istituzionali del nostro ordine.

**5f)** L'avvocato Gobbi illustra al consiglio le due diffide pervenute con richiesta di revoca della sospensione dall'esercizio della professione da parte del dott. XXXX e del dott. XXXX.

Le diffide vengono rigettate entrambe dal consiglio, all'unanimità.

**5g)** La dott.ssa Tomezzoli comunica al Consiglio, che la dipendente sig.ra Alessandra Pasqualotto alle

nostre dipendente dal 2014, chiede in considerazione alla Sua necessità di aumento di tempo per la gestione familiare e per una serie di condizioni personali, l'accesso all'orario ridotto con decorrenza 01/10/2022 e, da un contratto a tempo pieno di ore 36 settimanali passerebbe ad un contratto di orario ridotto di ore 30 settimanali, con presenza dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 14.30, il costo della dipendente attuale quindi Full Time -Stipendio medio mensile x 13 mensilità: euro 1710,00, costo per ente annuo comprensivo di 13^ mensilità e TFR circa euro 39300,00. L'accordo viene stipulato con scrittura privata tra l'OMCeO e la dipendente dopo l'approvazione di consiglio, il Consiglio unanime approva.

**6) Rinnovo Contratto dott.ssa Silvia Boschello DPO:** la dott.ssa Pastori propone il rinnovo del contratto alla dott. Boschello per costo triennale di euro 5000 + iva. Il consiglio approva all'unanimità.

### 7) Iscrizioni e cancellazioni

#### ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

#### MEDICI - CHIRURGHI

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

10085-Dott. FERRARIN Edoardo  
10086-Dott. REGNOTTO Stefano  
10087-Dott. SIPALA Antonino  
10088-Dott.ssa ZIMELLI Giulia

**Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:**

10089-Dott. BIANCINI Stefano da Rimini  
10090-Dott. LAFRATTA Mario da Vicenza  
10091-Dott.ssa ROTARI Evdochia da Torino  
10092-Dott.ssa TEGGI Martina da Trento

**Cancellazione per trasferimento:**

Dott. SAVIANU Emanuel ad Arezzo

**Cancellazioni per decesso:**

Dott. MALAVOLTA Lucio  
Dott. VANTINI Giovanni

## Cancellazioni per morosità e irreperibilità:

Dott.ssa BICHLER Susanne Maria

## Reiscrizione:

10093-Dott. MARCONI Dino

## Variazione generalità:

da Dott.ssa TESSARI Emanuela  
a TESSARI BASCHENI Emanuela

## ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

### ODONTOIATRI

## Prima iscrizione:

Dott. HU Jie

## Variazione generalità:

da Dott.ssa TESSARI Emanuela  
a TESSARI BASCHENI Emanuela

## 8) VARIE ED EVENTUALI

Interventi di

- Il dott. F.Orcalli illustra future collaborazioni con la commissione cultura e aggiornamento: il dott. Girotto, la dott.ssa Signorelli e la dott.ssa Fornasa
- La dott.ssa V. Braga riferisce che è stato messo a punto il protocollo di rete contro la violenza di genere al quale l'ordine vorrebbe partecipare con alcuni eventi formativi dedicati ai MMG e ai medici di PS e per i quali la dott.ssa Braga chiede la collaborazione della commissione cultura e aggiornamento.
- Il dott. F Gobbi ci riferisce che il dott. Armani Giuseppe responsabile dell'unità spinale dell'ospedale Sacro Cuore di Negrar ha messo a punto un vademecum per i MMG e chiede la collaborazione dei sindacati degli stessi per la diffusione.
- Il dott. G. Accordini coordinatore della commissione spending review riferisce di aver verificato che nel 2022 ancora circa 1000 medici non hanno pagato la quota di iscrizione dell'anno in corso.

A tal proposito il Presidente propone che, oltre alle normali procedure di sollecito, possa essere inviata una lettera a tutti gli iscritti per ricordare il pagamento della quota necessaria per l'iscrizione all'ordine e quindi per l'esercizio della professione.  
Il Consiglio termina alle ore 22.00

## VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 19 OTTOBRE 2022

### Convocazione ore 20.30 Sala Consiglio

**Presenti:** C. Ruggiu, A. Tomezzoli, C. Pastori, L. Cordioli, F. Orcalli, G. Accordini, U. Luciano, F. Bertaso, G. Carrara, P. Cirillo, S. Bellamoli, F. Gobbi, V. Braga, A. Elio, F. Facincani, E. Boscagin, R. Maffioli, D. Gobbi

**Assenti:** A. Guglielmi, L. Formentini, A. Musso, M. Barbeta.

**1) Lettura e approvazione del verbale relativo al precedente Consiglio del 21 settembre 2022.** Il verbale viene approvato all'unanimità.

### 2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

**2a)** Concerto dell'8 Ottobre: Il Presidente si complimenta con tutti coloro che hanno collaborato alla bella riuscita del concerto al Teatro Filarmonico dl'8 ottobre, e si augura di poter ripetere l'evento.

**2b)** GdM del 5 novembre: proseguono le attività atte ad organizzare al meglio la giornata del medico del 5 novembre che si svolgerà con modalità molto simile a quella del 3 settembre, sempre alla Gran Guardia a partire dalle 9.30 di mattina.

**2c)** *il Presidente spiega che alla GdM ci sarà un tavolo con degli opuscoli: Progetto rete di vita "il cui promotore è stato il dott. Calabrò, iniziativa per la donazione di organi (l'associazione ha avuto contatti con i MMG – con l'ANDI e con gli esponenti degli Ospedali.*

**2d)** Progetto liceo a curvatura biomedica: Il Presidente illustra il progetto dei Licei a curvatura biomedica: due sono le scuole selezionate a livello nazionale Il liceo classico S. Maffei e il liceo scientifico Copernico di san Michele; il progetto prevede alcune lezioni frontali e alcuni periodi di tirocinio pratico negli ospedali. È stata già firmata la convenzione con il liceo Maffei che ha già il percorso formativo organizzato con alcune lezioni già pianificate.

**2e)** Il Presidente informa inoltre di avere per il giorno 21 ottobre parteciperà al convegno alla Gran Guardia per sottoscrizione e presentazione del "protocollo d'intesa per l'adozione di strategie e prassi condivise per il contrasto della violenza di genere" con il referente commissione Pari Opportunità dott.ssa Vania Braga.

**2f)** Il Presidente comunica al consiglio di aver partecipato alla cerimonia di inaugurazione dell'anno accademico che comprendeva anche i festeggiamenti per i 40 anni dell'università di Verona. La relazione del Rettore è stata molto esaustiva con un bilancio positivo di tutte le attività dell'università in particolare l'integrazione con il quartiere di Veronetta grazie alle nuove strutture edilizie e alla collaborazione della facoltà di medicina con l'ospedalità privata del nostro territorio.

**2g)** Il presidente informa inoltre che è stato convocato il collega che nelle lettere al direttore del quotidiano Arena ha usato parole poco appropriate nei confronti dell'ordine dei Medici: il collega ha chiarito la sua posizione e l'incidente sembra risolto.

**2h)** Il Presidente chiede inoltre di approvare l'inserimento della dott.ssa Coffele nella commissione ospedale territorio di cui è coordinatore il dott. Orcalli che spiega che l'inserimento della dottoressa è stato richiesto dalla dott.ssa Signorelli Direttore Sanitario dell'Ulss 9 Scaligera. Il consiglio approva; Boscagin e Luciano si astengono.

## 3) Iscrizioni e cancellazioni

### MEDICI - CHIRURGI

## Prima iscrizione:

10094-Dott. CORTES ERDOZAIN Juan Sebastian  
10095-Dott.ssa LESO Giulia

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

10096-Dott. ABSHAR Sina  
10097-Dott. BIANCHINI Pietro  
10098-Dott.ssa BISSOLO Matilde  
10099-Dott.ssa CIAVARELLA Elisabetta  
10100-Dott. CICCARELLA Lorenzo  
10110- Dott. DAL DOSSO Alessandro  
10101-Dott. EDERLE Alessandro

10102-Dott.ssa FINOCCHIARO Mariana  
10103-Dott.ssa MOSER Giada  
10104-Dott. PETRILLI Leonardo  
10105-Dott.ssa RIGHETTI Martina  
10106-Dott.ssa SARTORI Ilaria  
10107-Dott.ssa SQUARANTI Alice  
10108-Dott. ZECCHETTO Matteo

## Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

10109-Dott.ssa BELLINA Francesca  
da Omceo Pordenone

## Cancellazione per trasferimento:

Dott. DI PIAZZA Giovanni  
ad Omceo Palermo

## Cancellazioni per decesso:

Dott. BERNARDELLI Roberto  
Dott. FORTUNA Lino  
Prof. PIGHI Michele  
Prof. PISTOLESI Gianfranco  
Dott. SARTORI Giuseppe

## Cancellazioni su richiesta:

Dott. CANTARELLA Mario

## Cancellazione STP:

Dr. Trevisan Orthopedics srl-STP

## ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

## ODONTOIATRI

## Cancellazioni per decesso:

Dott. BERNARDELLI Roberto  
Dott. FORTUNA Lino

## Cancellazione su richiesta:

Dott.ssa ANTOLINI Carla

## 4) VARIE ED EVENTUALI

Il dott. Cordioli chiede al Presidente e al consiglio di inviare a tutti i veronesi eletti in parlamento una lettera di congratulazioni per il risultato raggiunto; in particolare al deputato Fontana eletto alla Presidenza della Camera dei deputati.

Il consiglio approva all'unanimità.

# Relazione del Presidente Rugiu alla assemblea ordinaria annuale 14 dicembre 2022

Anche nel corso del 2022 l'attività odontistica è stata in gran parte assorbita da questioni legate alla pandemia; ciononostante, abbiamo cercato di seguire con attenzione tutte le attività non strettamente connesse al Covid. Nella mia relazione di fine anno troverete i punti salienti delle attività svolte nel 2022 e i progetti per il 2023.

**Vaccinazioni:** la posizione dell'OM CeO di Verona è assolutamente contraria a posizioni antivacciniste da parte di quei Medici che non si attengono alle disposizioni di legge o che diano un'informazione non veritiera/fuorviante/incompleta alla popolazione, ovvero su posizioni antiscientifiche; con questi medici il Consiglio sarà severo, come lo è già stato in passato, adottando i provvedimenti necessari.

**Sospensioni per motivi non disciplinari:** l'OMCeO ha svolto un ruolo molto importante, ancorché difficile e non gradito, sospendendo i Medici e

Odontoiatri che non avevano ottemperato all'obbligo vaccinale, secondo quanto disposto dal DL 44/2021; in data 2 novembre 2022 i medici che risultavano sospesi fino al 31 dicembre 2022, hanno visto revocata la loro sospensione, secondo quanto disposto dal DL 162/2022.

**Relazioni istruttorie e procedimenti disciplinari:** abbiamo cercato di ottimizzare le audizioni, in modo che i vari casi esaminati potessero giungere in tempi ragionevoli alla attenzione della commissione disciplinare che è stata convocata più volte nel corso dell'anno; nel 2023 prevediamo un calendario di convocazione della CAM a cadenza ravvicinata, quando ce ne fosse la necessità.

**La Commissione Vettore** ha organizzato vari webinar su argomenti di grande attualità, fruibili in diretta e poi mediante FAD per alcuni mesi - grazie al contratto stipulato con "Motus Animi" - gratuitamente e con ottenimento

dei crediti ECM da parte degli Iscritti. Per il 2023, c'è il progetto di continuare questi incontri che hanno goduto di ottimo riscontro fra gli iscritti.

**Tutte le Commissioni ordinistiche** hanno continuato a svolgere i loro incontri, e di queste attività verrà dato un resoconto in altra sede da parte dei coordinatori delle commissioni, che ringrazio per il lavoro svolto.

**Il Comitato di Bioetica** ha in programma per il 2023 una giornata seminariale in collaborazione con l'Università (dedicata alle Medical Humanities) ed una serie di incontri, da organizzare presso la sede dell'Ordine, dedicati al ruolo del curante nel rapporto medico paziente (indicativamente indirizzata ai MMG).

In collaborazione con **Federspev**, l'OMCeO ha dato il patrocinio e partecipato a vari incontri scientifici presso la sede della Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere, grazie anche

all'entusiasmo del segretario dell'Accademia, dott. Massimo Valsecchi, con il quale abbiamo cercato di trattare temi scientifici di ampio respiro che potessero fornire una corretta informazione alla cittadinanza.

Rapporti con l'**Università di Verona**: la collaborazione, già importante, si è intensificata grazie alla attività della dott.ssa Pastori che ha tenuto i rapporti con il prof. C. Chiamulera. A tale proposito, i componenti del direttivo dell'OMCeO hanno sempre presenziato alle sedute di laurea abilitante in Medicina e Chirurgia, una attività importante e di prestigio per il nostro Ordine, che proseguirà nel 2023, regolamentata da un protocollo condiviso con la Presidenza della Scuola di Medicina, che ha visto nella consegna del codice deontologico ai neolaureati un momento particolarmente significativo. Tale collaborazione è stata perfezionata e si è arricchita con la pubblicazione su Verona Medica di alcune tesi discusse in seduta di laurea.

**Federazione regionale:** sono ripresi gli incontri fra i Presidenti degli OMCeO del Veneto in Regione Veneto, con l'assessore Lanzarin e con il DG della Sanità dott. L. Flor, aventi come temi la grave carenza di medici sia a livello di territorio che in alcuni settori della assistenza ospedaliera e il ricorso alle Cooperative (tema sul quale il nostro Ordine aveva prodotto un documento ad hoc, in collaborazione con l'OMCeO di Padova)

Collaborazione con le **Sigle Sindacali**: il confronto con i Sindacati è sempre stato un momento importante della attività ordinistica. Nel corso del 2022 abbiamo invitato in sede per la presentazione al Consiglio i neo-segretari; per il 2023 abbiamo in programma di riprendere gli incontri, sospesi causa pandemia, con i rappresentanti dei Sindacati Veronesi.

È continuata la collaborazione con **Federspev** con periodici incontri con i rappresentanti dell'OMCeO, anche in occasione del congresso nazionale della Federspev tenutosi a Verona nel giugno 2002, organizzato dai dottori Costa e Orcalli; in tale occasione il

presidente dell'OMCeO e la presidente della CAO hanno portato il saluto dell'Ordine.

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

In collaborazione con l'**Ordine degli Avvocati, il Tribunale e il Comune di Verona**, in occasione di un convegno tenutosi alla Gran Guardia il 21 ottobre 2022, al termine di mesi di incontri di confronto fra i vari enti partecipanti, l'OMCeO ha sottoscritto il "Protocollo d'intesa per l'adozione di strategie e prassi condivise per il contrasto della violenza di genere".

L'OMCeO di Verona ha dato il suo contributo alla **Fondazione Arena** nell'ambito del progetto "67 colonne per l'Arena"; grazie allo stretto legame che si è instaurato con l'Ordine, Fondazione Arena ha concesso la sua orchestra per organizzare un concerto straordinario dedicato a Medici, Odontoiatri e al personale Sanitario, in memoria dei sanitari caduti durante la pandemia. Il concerto, aperto gratuitamente alla cittadinanza, si è tenuto al Teatro Filarmonico (grazie all'ospitalità della **Accademia Filarmonica**) l'8 ottobre 2022, è stato diretto dal collega maestro Mirko Schipilliti, Consigliere dell'OMCeO di Padova, ed ha avuto un grande successo di pubblico.

Poiché, a causa della pandemia, negli anni scorsi non avevamo potuto celebrare la **Giornata del medico**, nel corso del 2022 abbiamo celebrato la Giornata del medico, in due occasioni, il 3 settembre e il 5 novembre, riuscendo in queste due giornate a tributare la giusta riconoscenza ai Medici Senior e dare il benvenuto ai nostri neo-Iscritti di quest'anno e degli anni precedenti. Per l'anno prossimo, abbiamo già opzionato una data, verso la fine di novembre del 2023, per la Giornata del Medico.

In occasione della Giornata del Medico del 5 novembre, L'Ordine ha

condiviso il suo appoggio al progetto **Rete di Vita**, nato con l'obiettivo di promuovere l'informazione sui trapianti d'organo e di tessuti e sensibilizzare sulla tutela della propria salute attraverso corretti stili di vita. Rete di Vita è frutto della sinergia tra istituzioni sanitarie, associazioni di volontariato, associazioni sportive e della società civile. La mission è informare la popolazione guidandola verso una scelta consapevole sul tema della donazione degli organi, progetto che verrà condiviso con gli Utenti nel corso del 2023 negli studi dei MMG, negli studi odontoiatrici e nei poliambulatori di case di cura private di Verona e provincia. Il progetto è risultato vincitore di un bando finanziato dalla Regione Veneto, con la collaborazione di AIDO Mirano (Associazione Italiana per la Donazione di Organi), in partnership con ANIEP (Associazione Nazionale per la promozione e la difesa dei diritti delle persone disabili) e ARTI (Associazione Rene Trapiantati Italiani).

**Liceo a curvatura biomedica:** con la collaborazione dell'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Verona, il liceo Maffei e l'istituto superiore Copernico-Pasoli hanno avviato il percorso di potenziamento-orientamento di Biologia con curvatura biomedica. Il progetto offre agli studenti che vogliono intraprendere gli studi di Medicina l'opportunità di mettersi alla prova e capire quali sono le loro reali attitudini, per affrontare le scelte future in maniera consapevole nel corso dell'anno scolastico 2022-2023. Con questo progetto, nato in ambito FNOMCeO, l'Ordine di Verona sceglie in prima linea per avvicinare i giovani alle professioni di area medico-sanitaria e scientifica.

Il progetto riguarda un gruppo di studenti delle classi di terza annualità equamente distribuiti tra il liceo Maffei e l'istituto superiore Copernico-Pasoli, le prime due scuole secondarie di secondo grado della nostra provincia ad aver ottenuto l'autorizzazione a realizzare questo percorso di potenziamento rivolto alle classi del triennio, frutto di un protocollo d'intesa tra il Ministero dell'Istruzione e la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e Odontoiatri.

**Neo iscritti:** abbiamo in programma di riprendere le riunioni presso la sala Fazzini per i Neoiscritti: nel corso di questi incontri (ne sono previste 5 edizioni nel 2023: due fra gennaio e febbraio per i neoiscritti del 2022, e tre durante l'estate, al termine di ogni seduta di laurea programmata), i Neoiscritti riceveranno informazioni e si confronteranno con il presidente dell'Ordine e la presidente CAO, e i nostri collaboratori (direttore della segreteria, avvocato, commercialista...) in modo da poter stringere un primo, saldo legame con l'Ordine.

**Attività della Commissione Albo Odontoiatri (CAO):** il presidente CAO fa parte delle CAO nazionale ed è membro della CCEPS; altri due membri CAO, il dott. Luciano e il dott. Zattoni, ricoprono un ruolo nazionale nel sindacato ANDI. Nel 2022 la CAO ha eseguito 10 inviti a colloquio (sei su segnalazione di cittadini, e quattro per pubblicità sanitaria non conforme) e 2 procedimenti disciplinari.

La CAO organizza le lezioni di avvio alla professione del sesto anno di Odontoiatria su temi di deontologia, adempimenti fiscali, ENPAM e sindacato. Due componenti della CAO partecipano alla commissione per gli esami di Stato in Odontoiatria.

È stato organizzato un congresso sulla "antibiotico-resistenza" per il 17 dicembre, ed è stata programmata l'attività del biennio 2023-2024.

Segnalo il successo della **Newsletter** curata dalla nostra addetta stampa, che si è affiancata al bollettino trimestrale "**Verona Medica**", diretto dal dott. Roberto Mora; essa viene inviata a circa 1000 iscritti (che ne hanno fatto richiesta) e ci permette una comunicazione più agile e diretta.

Abbiamo realizzato, grazie all'impegno della tesoriera, un "lifting" della **sala Fazzini**, che risulta ora più confortevole e maggiormente fruibile, grazie anche ad un sistema wi-fi

e di audiovisivi aggiornati. L'aula è a disposizione degli Iscritti, previa prenotazione in Segreteria.

*Ringrazio* i componenti il Direttivo e il Consiglio dell'Ordine, la presidente CAO e la CAO tutta, e tutti i Colleghi che collaborano alle attività delle Commissioni.

*Ringrazio* i nostri Collaboratori, in primis l'avvocato Gobbi, per la sua costante presenza, la sua disponibilità e competenza; la prof.ssa Bortolotti, sempre pronta a darci il suo prezioso parere e tutti i Collaboratori dell'Ordine.

Un *grazie di cuore* al personale di Segreteria per il costante supporto, Rossana, Virna, Alessandra, Elisabetta, Daniela e Iones e alla nostra addetta stampa, Laura Perina.

CARLO RUGIU  
PRESIDENTE OMCEO VERONA

## 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 stanziare e, comunque, non oltre il 15 dicembre 2022.

## Collaborazione tra Rete di Vita e OMCEO Verona

Nel corso della seconda edizione della Giornata del Medico e dell'Odontoiatra che si è svolto al Palazzo della Gran Guardia in piazza Bra sabato 5 novembre, il presidente dell'ordine dott. Carlo Ruggiu durante la sua ampia relazione, ha illustrato il progetto "Rete di Vita" che è stato finanziato dalla Regione Veneto e nasce dalla sinergia tra istituzioni sanitarie, associazioni di volontariato, associazioni sportive e della società civile con il fine di promuovere l'informazione sui trapianti di organi e tessuti e sulla tutela della propria salute. Capofila del progetto è AIDO Mirano (presieduto dalla dr.ssa Flavia Petrin, presidente di AIDO Mirano e di AIDO Nazionale).

I partner sono AIDO Salzano (VE), AIDO Villafranca (VR), ARTI (associazione di trapiantati di rene VR), ANIEP (associazione nazionale italiana per la promozione e i diritti delle persone disabili) VI. Collaborano anche, ANED Onlus Veneto, FBOV (Fondazione Banca degli Occhi del Veneto), FBTV (Fondazione Banca dei Tessuti Treviso), Federsanità ANCI, Rotary Club – distretto 2060, Nordic Life (scuola di nordic walking).

I trapianti si possono eseguire se alla base c'è un forte legame di fidu-

cia tra la comunità e il sistema sanitario. I risultati attesi dal progetto sono quindi informare sempre di più la cittadinanza sulla donazione ed il trapianto. Appare perciò di grande rilevanza l'inedita collaborazione che OMCEO VR ha instaurato con "Rete di Vita". Infatti il coinvolgimento dei medici e degli odontoiatri su questo tema può contribuire efficacemente a rinsaldare il capitale fiduciario che si è costituito negli anni grazie alle attività della rete donazione e trapianto costituita dai coordinamenti di ospedale, dal centro trapianti regionale e dalle organizzazioni di volontariato.

In tal senso è fondamentale la campagna di Digital Aido che consente di informarsi e dichiarare la volontà di donare tramite spid. I più che buoni risultati ottenuti richiedono un ampliamento perché al momento sono ancora in attesa più di 8000 persone, 800 solo di cuore. Molti muoiono prima di ricevere l'organo che potrebbe donargli una nuova vita, oppure attendono 1-6 anni in uno stato di angoscia e disabilità.

La causa risiede nell'ancora troppo alto tasso di opposizioni alla donazione, che nel 2021 era ancora di 28,6%, con 730 donatori mancanti. I motivi che conducono le persone a

dire "no" sono molteplici e vanno dalla scarsa informazione, a pregiudizi di carattere culturale e timori di tipo religioso.

"Rete di Vita", avvalendosi di qualificati professionisti, ha realizzato circa 30 ore di contenuti video in 4k da diffondere sul web, sui social, nelle sale d'attesa degli ambulatori e in eventi aperti al pubblico. I contenuti video coinvolgono diverse figure che, a vario titolo, si impegnano a sensibilizzare sulle tematiche di donazione e trapianto, offrendo punti di vista variegati: personale sanitario, volontari, sportivi, testimonial di trapianto, studenti, insegnanti, giovani, stranieri, diversamente abili, artisti, rappresentanti di diverse religioni.

Le riprese in versione integrale sono di durata variabile a episodio e pensati per rispondere a diverse tipologie di pubblico. Questo materiale reso disponibile a medici ed odontoiatri può contribuire ad informare e parlare più diffusamente di questo argomento con la finalità di avvicinarsi sempre di più all'obiettivo previsto dal OMS di poter disporre di un numero di organi da trapiantare, corrispondente al numero di pazienti in lista di attesa.

MARTINA CELLEGHIN

## 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.*

# Verbali della Commissione Odontoiatri

## VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 13 SETTEMBRE 2022

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

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

### COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

- Il Presidente da lettura di una segnalazione pervenuta all'Ordine da parte di una paziente che ha effettuato un tampone rapido presso uno studio dentistico ma non ha poi potuto utilizzare l'esito (risultato positivo) in quanto non caricato sulla piattaforma nazionale. La Cao decide di invitare a colloquio il direttore sanitario della struttura per chiarimenti.
- Convegno Reggio sui procedimenti disciplinari: il convegno si terrà il prossimo ottobre presso l'Ordine dei Medici di Reggio Emilia. Parteciperà il Presidente e due dipendenti dell'Ordine.
- Progetto Avvio alla professione: il Presidente informa che il giorno 21 prossimo si terrà l'incontro riguardante il progetto "Avvio alla Professione" organizzato dalla CAO Nazionale. Vi parteciperà anche il dott. Bovolín.

Prende la parola il dott. Bovolín il quale informa i presenti di un incontro avvenuto con il prof. Francesco Calabrò sul tema della donazione degli organi. L'iniziativa prevederebbe la presentazione ai colleghi di un filmato durante gli eventi culturali organizzati dalla CAO e la diffusione del medesimo filmato, adattato, per

la sua proiezione nelle sale d'attesa degli studi dentistici, in modo di sensibilizzare la popolazione all'importanza della donazione degli organi. Il dott. Pace contatterà il prof. Calabrò per vedere come sviluppare il progetto a livello sindacale.

Il dott. Bovolín segnala quindi anche il caso di uno studio il cui direttore sanitario, sentito quanto accaduto, sarà convocato a colloquio.

### RELAZIONI ISTRUTTORIE:

Il primo caso preso in esame si conclude con semplice archiviazione. Il secondo, pur decidendosi apertura di procedimento disciplinare, è sospeso in quanto in attesa di risultanze del procedimento penale esercitato dalla Procura della Repubblica. Nel terzo caso viene decisa una nuova convocazione a colloquio del collega coinvolto.

## VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 25 OTTOBRE 2022

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

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

### COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

- Il Presidente riferisce che è pervenuta una richiesta da parte di ENAIP Veneto per la nomina di un Medico Odontoiatra, in qualità di membro esterno della Commissione d'esame finale. La CAO si attiverà per individuare un nominativo disponibile.
- Il Presidente informa i presenti sulla Circolare FNOMCeO a fir-

ma dott. Iandolo, sulla detenzione di apparecchiature radiologiche presso lo studio odontoiatrico con utilizzo in regime di radiodiagnostica complementare. La CAO decide di darne informazione agli iscritti pubblicando la circolare sul sito dell'Ordine.

- Il Presidente illustra ai presenti il Progetto – AIOPI Pianifica – e da lettura della comunicazione. La CAO ritiene il progetto molto interessante e ne dispone la pubblicazione sul sito.

### RELAZIONI ISTRUTTORIE:

Vengono prese in esame due relazioni istruttorie, una delle quali richiederà il semplice controllo delle modifiche richieste sul sito del Collega. L'altra ha invece comportato la decisione di apertura di procedimento disciplinare nei confronti dell'incolpato.



# Radiodiagnostica complementare, Iandolo (Commissione Albo Odontoiatri nazionale): “Legittimo detenere le apparecchiature necessarie e utilizzarle a fini diagnostici e terapeutici”

L'odontoiatra può legittimamente detenere tutti gli apparecchi radiografici indispensabili all'esercizio delle prestazioni radiodiagnostiche complementari alla propria professione. Non solo: l'odontoiatra può svolgere tali prestazioni quando giustificate ai fini della valutazione, della diagnosi, della prevenzione e non solo dell'eventuale terapia.

A fare chiarezza su una questione per certi versi ancora dibattuta interviene oggi **Raffaele Iandolo**, Presidente della Commissione albo Odontoiatri nazionale che, questa mattina, ha inviato a tutti i presidenti delle Cao territoriali un parere in materia.

Iandolo parte dall'analisi del quadro normativo di riferimento, costituito principalmente dal Decreto Legislativo 101 del 2020, che ha recepito la direttiva europea 2013/59/Euratom riguardante la protezione contro i pericoli derivanti dalla esposizione alle radiazioni ionizzanti.

“Nel D.Lgs. 101/20 – spiega – l'odontoiatra viene ricompreso nella definizione di medico specialista per l'attività complementare (art. 7, comma 1, n. 8) in quanto può svolgere attività diagnosticoterapeutica della radiologia complementare. Inoltre, l'odontoiatra ha titolo per indirizzare persone presso un medico specialista per indagini medico radiologiche, e altresì per assumere la responsabilità clinica delle esposizioni mediche individuali ai sensi del succitato decreto (art. 7, comma 1, n. 98)”.

“Le attività diagnostiche complementari – precisa inoltre – possono definirsi attività di ausilio diretto

all'odontoiatra per lo svolgimento di specifici interventi, purché contestuali, integrate e indilazionabili rispetto all'espletamento della prestazione specialistica, intesa come il complesso dell'iter diagnostico-terapeutico: contestuali, ossia direttamente connesse al contesto dell'intero piano di cura; integrate, ossia volte a migliorare la prestazione; indilazionabili, in riferimento alla esposizione radiologica, si intende non solo come elemento temporale ma in quanto strettamente collegate alla contestualità del piano di trattamento ed alla integrazione dell'indagine diagnostica”. “Inoltre – aggiunge – le norme sulla radioprotezione prevedono tre principi generali: giustificazione, ottimizzazione e limitazione della dose, i quali si fondano sulle raccomandazioni della Commissione internazionale di radioprotezione (ICRP).

Si tratta di principi fondamentali ed ineludibili in materia di radioprotezione che, partendo dalla conoscenza dei pericoli connessi all'esposizione a radiazioni ionizzanti, permettono di utilizzare tali agenti solo se il beneficio derivante sia dimostrabile e le esposizioni limitate al minimo tecnicamente possibile ottimizzando impianti e tecniche”.

“In conclusione – chiosa il Presidente Cao nazionale – alla luce delle su esposte osservazioni in riferimento alla fattispecie in esame, posto che bene primario per la professione odontoiatrica resta ed è sicuramente la tutela della salute del cittadino e che ai sensi della L. 409/85 la diagnosi concernente gli ambiti ivi disciplinati è di esclusiva competenza

dell'odontoiatra, secondo questa Commissione Albo Odontoiatri nazionale, l'odontoiatra può legittimamente detenere tutti gli apparecchi radiografici indispensabili all'esercizio delle prestazioni radiodiagnostiche complementari alla propria professione”.

“In considerazione del fatto che per complementarità si intende maggiore tutela della salute del paziente, poiché qualsiasi tipo di indagine radiografica eseguita direttamente all'interno dello studio odontoiatrico consente di ottenere quella accuratezza diagnostica ricercata in relazione allo specifico dubbio di patologia pregressa o in atto – conclude Iandolo – si ritiene che le attività radiodiagnostiche complementari alla professione odontoiatrica rappresentino attività di ausilio diretto e funzionale alle prestazioni specialistiche proprie della disciplina odontoiatrica, comprendente gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e le altre procedure finalizzate alla prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie e anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca e dei relativi tessuti.

L'odontoiatra può quindi svolgere tale pratica quando necessariamente giustificata, secondo i principi di ottimizzazione e limitazione della dose, oltre che contestuale, integrata e indilazionabile rispetto alle necessità di diagnosi e/o comunque di valido ed immediato ausilio per orientare le scelte di terapie tipiche e caratteristiche delle attività di cura, riabilitazione e prevenzione che formano oggetto della professione dell'odontoiatra”.

## *Turismo dentale all'estero, la Cao contro la pubblicità ingannevole*

C'è chi parte con la speranza di fare una vacanza all'estero e un impianto dentale a prezzi scontati, per poi scoprire di avere portato a casa solo ulteriori problemi di salute.

Sono molte le vicende segnalate alla Cao di pazienti vittime del fascino effimero del "turismo dentale", a cui sono stati fatti lavori in tutta fretta, magari estratti anche i denti sani e al loro ritorno devono confrontarsi con gravi infezioni e impianti da rifare ex novo. Il bilancio spesso sono un rischio per la salute, nessun risparmio e nemmeno la possibilità di rivalersi sui dentisti che cui ci si è affidati oltre confine.

La Commissione albo odontoiatri ha chiesto l'intervento dell'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni e della Federazione italiana editori giornali,

contro le campagne che propongono pacchetti "tutto incluso" per vacanze all'estero e cure odontoiatriche a basso costo.

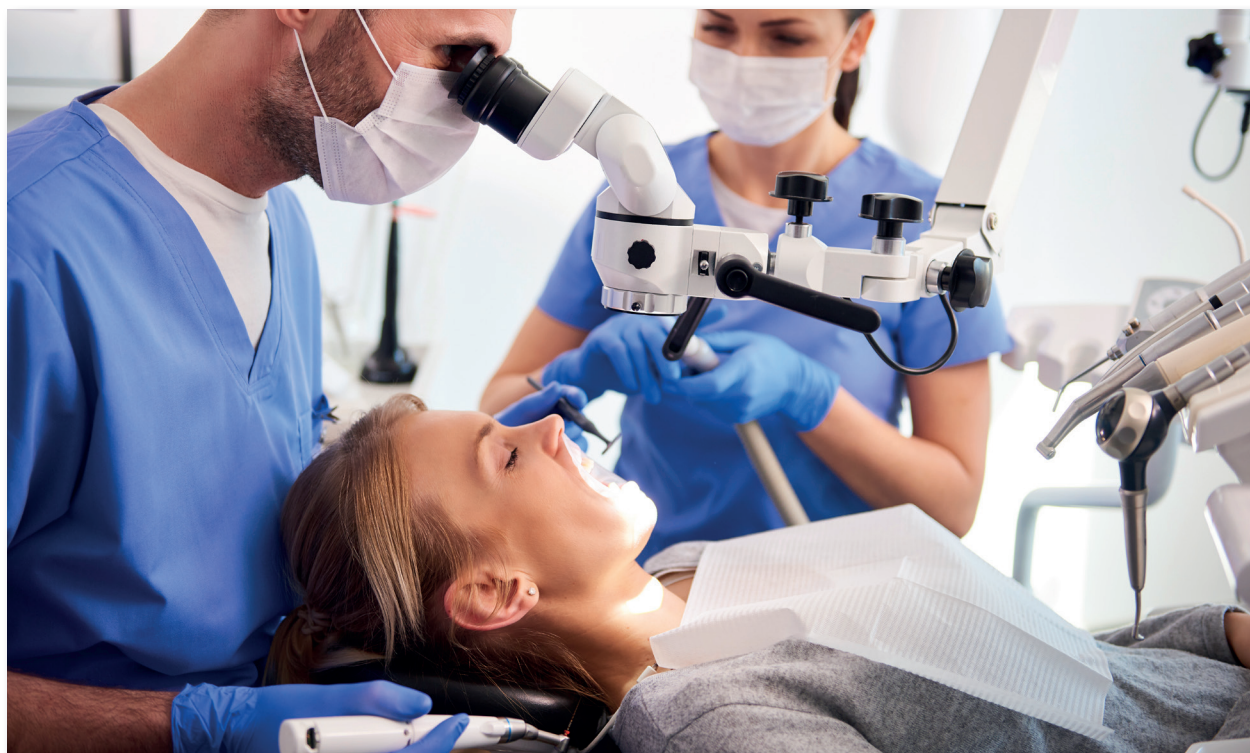
Pubblicità che la Cao descrive come spesso suggestive, quasi sempre omissive su rischi e controindicazioni, se non propriamente ingannevoli, in ogni caso, contrarie alla normativa italiana. Pubblicità che però è spesso impossibile bloccare proprio perché gli studi e spesso anche i server dei siti Internet che li ospitano hanno sede all'estero.

A tutela dei pazienti italiani, il presidente nazionale Cao, Raffaele landolo, ha quindi scritto all'Agcom e alla Fieg, per sensibilizzare sul fenomeno e per sollecitare interventi di regolamentazione e vigilanza.

"Sono molte le segnalazioni – scrive landolo – da parte di colleghi ma anche di cittadini, di messaggi pubblicitari, promossi soprattutto sulle testate online, non conformi con quanto previsto dalla nostra legislazione.

Occorre sottolineare che a causa della crisi economica degli ultimi anni, la tendenza al turismo dentale è ormai ampiamente diffusa in Italia, con mete più 'gettonate' i Paesi dell'Est".

"Con l'obiettivo di tutelare la salute dei cittadini – aggiunge il presidente nazionale Cao – questa Commissione valuterà la possibilità di segnalare all'autorità gli editori che diffondono messaggi pubblicitari palesemente in contrasto con le norme sull'informazione sanitaria".



# Associazione per la Collaborazione allo Sviluppo di Base della Guinea Bissau di Verona - ONLUS

Verona, 25 dicembre 2022

Carissimi **Soci** dell'Associazione  
Sviluppo Guinea Bissau.

Carissimi **Amici** della Cooperativa  
Madrugada.

Nell'imminenza delle feste natalizie sento il dovere di porgervi i più fervidi auguri e i più sentiti ringraziamenti per la vostra costante generosità e la passione con le quali, da ormai oltre 30 anni, seguite il progetto Madrugada. Progetto originale, tutt'ora unico, che si propone di contribuire ad emancipare uno dei più poveri paesi del mondo, puntando su persone della stessa Guinea Bissau che diventano così protagonisti del loro futuro!

Recentissimamente nel Campus sono iniziati gli scavi delle fondazioni dei lavori di costruzione del nuovo Centro Materno-Infantile, mentre nel villaggio di Bula è stato avviato il progetto della fattoria agricola con la trivellazione del pozzo per acqua potabile. In questo difficile periodo di pandemia la Cooperativa ha prodotto bombole di ossigeno per i pazienti della Clinica Madrugada e degli altri ospedali della Guinea Bissau, unico presidio in tutto lo Stato in grado di produrre ossigeno medicale durante la pandemia di SARS-CoV-2.



Campus Madrugada



Inoltre è stata implementata la diagnostica molecolare (GeneXpress Cepheid) che consente l'identificazione dei soggetti SARS-CoV-2 e la diagnosi dei pazienti affetti da AIDS, Tubercolosi ed Epatite B. Recentemente è stato acquistato un Elettroencefalografo digitale (EEG) allo scopo di allestire il primo ambulatorio neurologico dedicato alla cura delle epilessie. Infine l'8 maggio scorso è stata avviata la prima TAC di tutta la Guinea Bissau, acquisita dall'Ospedale di Asiago (VI). Gli attuali servizi offerti dalla Cooperativa Madrugada, che impiega oltre 120 professionisti, sono:

- Il Centro Medico e Chirurgico con i relativi Servizi (Ostetricia e Sala Parto, Pediatria, Laboratorio analisi, Cardiologia, Dialisi, Odontoiatria, etc.);
- La Residenza per professionisti guineani rimpatriati e per volontari;
- L'Officina Farmaceutica con produzione di farmaci essenziali e flebotomi;
- Il Polo Scolastico frequentato, per l'anno didattico 2022-2023, da 292 alunni (93 dell'asilo e 261 della scuola primaria);
- Gli Impianti Sportivi (palestra e campo di calcio) con 170 atleti suddivisi in 6 categorie (Traquina =



25 - Escolinhas = 30 - Infantis = 25 - Juvenis = 25 - Juniores = 35 - Equipa Feminina = 30);

- Il Settore Agroalimentare con panificio, oleificio, orticoltura, punto vendita e soprattutto con il nuovo pozzo di acqua potabile che pesca a 231 metri di profondità, utile a dare continuità alla fornitura di acqua anche ai servizi ospedalieri essenziali, come la dialisi, e alla produzione orticola. Il pane viene prodotto quotidianamente nel panificio del Campus Madrugada; anche durante i periodi di lockdown si è continuata la panificazione, non solo per la Madrugada e per la popolazione di Bissau ma anche per altre cliniche sanitarie della Capitale;



- La Sartoria con scuola di taglio e cucito e la produzione delle divise sanitarie e scolastiche;
- Il nuovo Padiglione Radiologico con la prima TAC del Paese;
- I Corsi di Formazione professionale e la scuola di lingua italiana in didattica a distanza per medici, infermieri, tecnici di radiologia e laboratorio, terapisti dentali, farmacisti, insegnanti e manutentori.



Siamo stati fortunati, perché un gruppo di Amici guineani, sotto la guida del Dr. Marcelo Menezes, ha condiviso il progetto Madrugada e con competenza e dedizione contribuisce al continuo sviluppo della Cooperativa, ormai diventata un esempio di solidarietà internazionale!

Un abbraccio a tutti e... **buone feste!**

ROBERTO CORROCHER

## Impressioni di Settembre

Caro Carlo,  
il tuo articolo su "Verona Medica" di settembre 2022 evidenzia in maniera esemplare la situazione attuale del nostro SSN.

E leggendo il titolo io vado ad immaginare significati e similitudini che ora ti vado ad esporre...

"**Impression, soleil levant**", era il quadro in cui Claude Monet nel 1872 coglieva la luce nel momento dell'aurora, al sorgere del sole...

Quel capolavoro mi ricorda gli altri capolavori in quell'Italia del 1978 da Te così ben descritti, cioè a dire ad esempio le leggi della Riforma Sanitaria e di quella Psichiatrica grazie alla legge Basaglia, i cui meriti hai citato nell'articolo, e che ci hanno posto all'avanguardia al mondo nella prevenzione e nella cura nei confronti di ogni persona.

Era il sorgere di una nuova speranza, di una nuova società più umana e rispettosa....

Quarantaquattro anni sono trascorsi da quel 1978 e qual'è la situazione attuale del nostro SSN?

Ed anche qui Tu l'hai ben esposta nei suoi molti chiaroscuri, e può essere letta con un'altra metafora, un'allegoria che possiamo trovare nel brano musicale "**Impressioni di settembre**" della PFM (Premiata Forneria Marconi), del 1972.

I tanti problemi, le difficoltà nel mondo della nostra professione si possono evidenziare in alcune frasi del brano: "Cerco il sole, ma non c'è.... lo, cosa sono? Adesso non so.... sono un uomo in cerca di se stesso.... Ma intanto il sole tra la nebbia filtra già...."

Per contro le eccellenze del nostro SSN (esemplificate nella cura e nella guarigione nei confronti di ogni persona, anche la più povera, con terapie mediche e chirurgiche anche molto costose) possono trovare delle analogie nelle altrettanto eccellenti musiche della canzone: per la prima volta infatti viene usato il "Sintetizzatore monofonico", inventato dal Dott. Robert Moog, tecnologia all'av-

guardia che mediante gli oscillatori può variare in infinite e perfette possibilità e melodie. Ecco quindi i richiami che mi ha evocato il titolo del tuo interessante articolo.

Ciao  
tuo Giuseppe Calzavara

*Nel link il quadro di Monet  
e la canzone della PFM*

*Quadro di Claude Monet:*

*"Impression soleil levant"*

<https://artsandculture.google.com/asset/impression-soleil-levant-rising-sun-1872-claude-monet/awGukZXBkTvEQ>

*Canzone: "Impressioni di settembre"*

<https://youtu.be/DS76YKxiOKU>

Caro Roberto,  
Carlo Rugiu desidera che il mio breve e modesto commento al Suo editoriale "Impressioni di settembre" dell'ultimo numero della rivista venga pubblicato sul prossimo "Verona Medica"; ne sono ben contento, non certo per vanagloria, ma perché in questo modo la sua importante relazione, che definirei "magistrale", potrà essere nuovo

momento di ripasso da parte di chi l'avesse già letta, oppure occasione di nuova lettura nei confronti dei Colleghi cui fosse sfuggita. Ti ringrazio!

Con l'occasione, ti esprimo alcuni ricordi di quel passato che definirei glorioso, e vado ai tanti momenti, alle tante riunioni trascorse insieme nelle sale di Via Gianella a Legnago della neonata "Ulss 28" tra il 1978 e l'80, e negli anni successivi....

Quanto entusiasmo, quanta voglia di fare avevamo noi giovani medici da poco laureati....

L'Ulss 28 era tra le prime e le più attive in Italia, capitanata dal "Sacro furore" delle dirigenze Prof. Tognetti, Comm. Zanferrari, Dott. Rossini (Igiene Pubblica)...mamma mamma. che battaglie!

Due erano i filoni:

La grande rivoluzione positiva era la nascita dell'assistenza diretta per tutti; noi ricevevamo gli emolumenti fino a quel momento dall'INAM, che assisteva la maggior parte delle persone (soprattutto industria) in forma diretta, ma poi c'erano INADEL, ENPAS, ENPEDEP, Commercianti, artigiani, agricoltura...

Da quel momento ci veniva consegnato un nuovo solo ricettario e voilà...Tutto così semplice?

No di certo, perché tutto veniva delegato alle neonate "SAUB", che precorrevano i Distretti sanitari; e nel

passaggio tra i vari enti e le Saub della neonata ULSS gli elenchi erano fonte di errori e discussioni, molti pazienti non venivano inseriti, e i deceduti non venivano depennati....E ci pensava il Sig. Derboni, zelante ed inflessibile funzionario della neonata Ulss 28, a dare la caccia ai nostri numeri e ai nostri stipendi, con l'impressione che avevamo di ricevere cifre non dovute, come di persone poco oneste....

Meno male che il Dott. Roberto Mora con il vessillo FIMMG era dalla nostra, a difenderci nei confronti di queste difficili situazioni....

Il secondo versante era ancora più sensibile, perché si trattava di trasferire i compiti della sanità dei Comuni (Ufficiali Sanitari e Medici Condotti) al "Settore Igiene Pubblica". La dirigenza non andò per il sottile, imponendo ai Medici Condotti di optare per la dipendenza o per la neonata convenzione di medici parasubordinati. Anche in questo caso ci fu un "sacro furore" ed un atteggiamento a mio avviso punitivo nei nostri confronti.

Riunioni infuocate e fiera resistenza consentirono agli ex dipendenti comunali di sopravvivere qualche anno con le due funzioni, ma alla fine i più giovani come il sottoscritto (tranne qualche raro caso) optarono per il respiro e la libertà del territorio e per la cura delle persone, ed i più anziani per la pensione.

Col senno di poi ci si è accorti come l'aver distrutto la benemerita realtà sanitaria della gloriosa "Condotta Medica" non sia stato per forza un grande merito....Nessuno conosceva bene le persone ed il territorio come il Medico Condotta...Forse in tempo di Covid le cose sarebbero andate meglio...così pure vaccinare in ogni paese sarebbe stato più semplice....chissà...

Concludo con due poesie attuali su questi argomenti, che ci hanno visti protagonisti, scritte dal nostro grande Dott. Bepi Sartori, che ci ha purtroppo lasciati nei gg. scorsi:

## Candidati a L'Uls

*Presidente el pol farlo: un marangon,  
'n ingegner, 'n avvocato, un murador...  
Basta ch'el sia ligado al crosso.  
E che no'l sia 'n dottor*

## Al "Comitato di Gestione" del l'Uls

*A l'ultima riunion  
uno de la diression  
l'è morto. De mal de cor.  
No gh'era gnanca un dottor!*

Naturalmente queste nostre riflessioni sono strettamente personali, ma riguardano esperienze vissute assieme, che mi piaceva comunque ricordare e condividere con te...

Ciao a presto  
Tuo Giuseppe

## 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 reminiscenza, 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.

# Protocollo di Studio: craving evocato in utilizzatori di alte dose di benzodiazepine tramite simulazione di realtà virtuale

MATTEO MATTIELLO,  
LORENZO ZAMBONI,  
FABIO LUGOBONI,  
CRISTIANO CHIAMULERA

SEZIONE DI FARMACOLOGIA,  
DIP. DIAGNOSTICA  
E SANITÀ PUBBLICA, UNIV VERONA  
SERVIZIO DI MEDICINA DELLE DIPENDENZE,  
AQUI VERONA

Le benzodiazepine (BZD) sono i farmaci più utilizzati al mondo. In Italia 1 adulto su 10 fa uso di BZD e la percentuale sale a 1 su 4 nella fascia d'età sopra i 65 anni. L'uso prolungato, mediamente oltre le 4 settimane (dipende dal singolo farmaco), può creare dipendenza. Tra il 2 ed il 7,5% (Bertoldi et al., 2021) della popolazione totale dei paesi ad elevato sviluppo economico sono utilizzatori a lungo termine di benzodiazepine (oltre le 4 settimane; long term users, LTU), tra questi il 3-4% sviluppa dipendenza. I consumatori a lungo termine sono prevalentemente di sesso femminile (8,2% nel sesso femminile contro un 4,4% nel sesso maschile) e crescono all'aumentare dell'età per ambo i sessi, in particolare dai 65 anni con un picco di LTU a 85 anni. Lo 0,14% della popolazione generale assume alte dosi e ciò, in termini assoluti, implica che ci sono 1,5 milioni di abusatori in Europa. Nella popolazione anziana l'utilizzo di BZD è fortemente correlato con un aumento di rischio di cadute e decadimento cognitivo. Il rischio è più alto con le BZD a più lunga emivita per problemi d'accumulo nell'organismo, ma nessuna BZD è priva di rischio.

La potenzialità di indurre tolleranza e quindi abuso da parte di queste

sostanze è un fenomeno trascurato dalla maggior parte dei medici pur essendo la crisi d'astinenza grave e potenzialmente fatale. Il sintomo più temibile della sindrome astinenziale sono le crisi convulsive generalizzate le quali possono essere letali.

È importante inoltre evidenziare altri fenomeni e sintomi associati alla dipendenza da BZD. I disturbi da uso di sostanze (SUD) sono caratterizzati dal craving come uno dei loro meccanismi e criteri diagnostici più importanti. Il craving è definito come un desiderio improvviso di consumare la sostanza target (Drummond, 2001; Hartwell et al., 2018; Van Lier et al., 2018), che spesso degenera nella ricerca compulsiva della sostanza e in altri comportamenti correlati all'uso della stessa (Carvalho et al., 2019; Grodin et al., 2019). A differenza di quanto è stato evidenziato per l'alcol e il tabacco, il craving indotto dall'ambiente è spesso considerato assente nell'abuso di BZD e non è ancora stato studiato nei consumatori di BZD.

Un altro fenomeno importante e rilevante è la Cue Reactivity (CR) ovvero un'ipersensibilità agli stimoli motivazionali e alle situazioni (Chiamulera, 2005). È considerata una risposta adattiva ai cues presentati dall'ambiente e può essere valutata basandosi su misure psicologiche, fisiologiche e comportamentali (Bets et al., 2021). La CR è particolarmente rilevante nei SUD, in cui aumenta il craving e facilita le ricadute: i soggetti con una storia di abuso di sostanze sono particolarmente sensibili a stimoli e situazioni che sono stati precedentemente associati agli effetti piacevoli delle sostanze (Shiffman et al., 1996).

L'Obiettivo Primario dello studio è quello di identificare mediante l'implementazione di un protocollo di VR se è presente una relazione causale tra l'esposizione a cue ambientali specifici e il grado di craving nei soggetti che abusano di BZD.

Obiettivi Secondari sono:

- Valutare la correlazione tra il grado di craving nei vari ambienti virtuali e le misure dell'umore, delle emozioni, dell'attenzione, del senso di presenza e della cybersickness nei soggetti che abusano di BZD
- Valutare l'effetto dei tre diversi ambienti VR nel discriminare tra soggetti che abusano di BZD e soggetti del gruppo di controllo

La realtà virtuale (VR) permette la simulazione computerizzata multisensoriale di contesti e ambienti reali che vengono presentati in 3D e all'interno dei quali il soggetto può interagire con il vantaggio di non essere esposto ai rischi di un ambiente reale. Nello studio viene utilizzato HTC-VIVE, ovvero un visore che facilita la sensazione di immersione negli scenari virtuali. Questa tecnologia, associata a un preciso tracciamento della testa e a controller che simulano i movimenti delle mani, trasforma la VR in un'esperienza particolarmente coinvolgente e realistica. Maggiori sono la multisensorialità e il numero di interazioni possibili che danno un feedback in tempo reale, più elevato sarà il senso di presenza.

Gli elementi essenziali di questa sperimentazione sono:

1. Partecipanti: sono reclutati 50 soggetti suddivisi equamente in un gruppo di controllo e un gruppo sperimentale.
2. Documenti informativi e modulo di consenso informato.

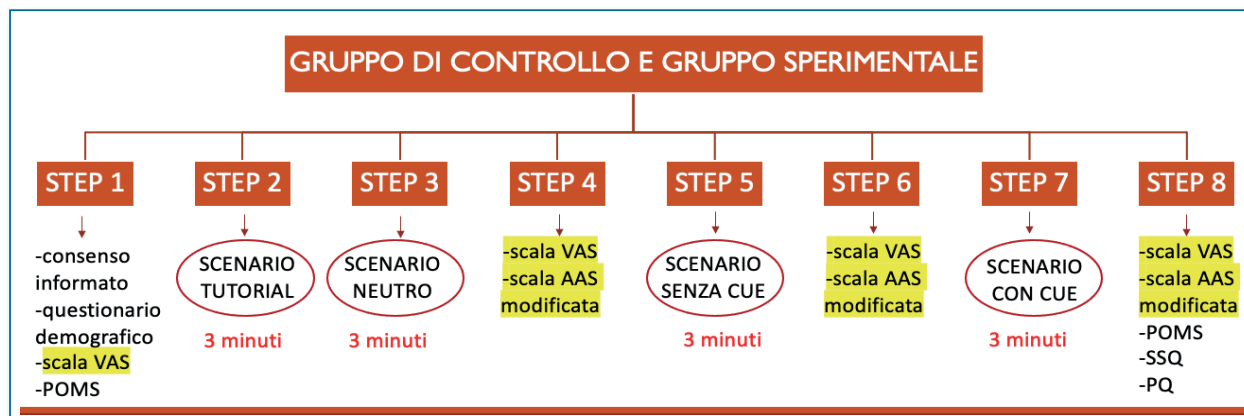
3. Questionari: vengono somministrati ai soggetti 6 questionari:
  - QUESTIONARIO DEMOGRAFICO: indaga sesso, età, informazioni su dipendenza da sostanze
  - SCALA VAS: misura il grado di craving
  - POMS: indaga lo stato emotivo
  - SCALA AAS MODIFICATA: valuta l'attenzione prestata ai cue
  - SSQ: analizza l'eventuale malessere da Realtà Virtuale
  - PQ: misura il senso di presenza all'interno della simulazione
4. Strumentazione per la realtà virtuale.

Lo schema della procedura è il seguente:

La sperimentazione consiste in un'unica sessione della durata media di 45 minuti suddivisa in 8 fasi. Nella fase 1 lo sperimentatore raccoglie il consenso informato firmato e sottopone all'utilizzatore il questionario demografico, la scala VAS e il questionario POMS. Successivamente, nello step 2, lo sperimentatore istruisce l'utilizzatore circa il funzionamento della strumentazione VR e lo immerge nello scenario tutorial per fargli prendere dimestichezza con la tecnologia: questa è l'unica fase in cui lo sperimentatore può interagire con il soggetto al fine di aiutarlo a utilizzare la VR.

Nelle fasi successive il soggetto è immerso sequenzialmente in tre scenari di realtà virtuale rappresentanti de-

gli ambienti domestici: uno scenario neutro costituito dall'ingresso di un'abitazione, uno scenario raffigurante una camera da letto senza la presenza di BZD e infine il terzo e ultimo scenario in cui il soggetto è immerso nella camera da letto precedente ma con la presenza di BZD sul comodino. In tutti e tre gli scenari VR il soggetto non ha alcun compito specifico da compiere ma può muoversi liberamente nell'ambiente per un tempo totale di 3 minuti per ciascun scenario. Scaduto questo tempo, dopo ognuno dei 3 scenari, viene rimosso il visore e si richiede all'utilizzatore di compilare la scala VAS e la scala AAS modificata. Successivamente all'ultimo scenario, nella fase 8, oltre a queste



scale il soggetto è invitato a rispondere anche ai questionari POMS, SSQ e PQ. Il soggetto ha dunque terminato la sperimentazione.

I dati raccolti sono i seguenti:

- Misura tramite la scala VAS di modifiche nel grado di craving quando i soggetti abusatori di BZD vengono immersi nel terzo scenario.
- Confronto della variazione del craving tra il gruppo di controllo e il gruppo sperimentale.
- Confronto della differenza dei valori di craving tra i vari scenari nel gruppo sperimentale.
- Confronto tra i due gruppi circa i punteggi POMS, AAS modificato, SSQ e PQ.

I risultati attesi sono:

- Aumento del craving nei soggetti che abusano di BZD quando sono esposti ai cues ambientali legati alle BZD.

- Differenze significative nei livelli di craving tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo, con il primo che mostra livelli più elevati di craving complessivo.
- Aumento del craving tra i vari scenari VR nel gruppo sperimentale.

In conclusione, lo studio delle caratteristiche dei vari contesti ambientali e la loro funzione come fattori di rischio o protettivi è fondamentale per trattare e prevenire i comportamenti legati all'abuso, progettando ambienti motivazionalmente sani (Chiamulera et al., 2017). Anche se gli effetti delle caratteristiche spaziali sugli stati affettivi e sulla percezione sono stati ampiamente studiati (Ulrich, 1991), il ruolo degli ambienti domestici e urbani nell'indurre comportamenti motivati è ancora un argomento largamente inesplorato e questo studio tenta di fare maggior chiarezza a riguardo.

## BIBLIOGRAFIA

- Bertoldi A., Carli S., Meneghin N., Sciarra D., Lugoboni F. *Benzodiazepine: uso, abuso e dipendenza*, Verona, Medicina delle Dipendenze, 2021.
- Drummond DC. (2001). Theories of drugs craving, ancient and modern. *Addiction*; 96:33-46. doi: 10.1046/j.1360-0443.2001.961333. x.
- Hartwell EE, Ray LA. (2018). Craving as a DSM-5 symptom of alcohol use disorder in non-treatment seekers. *Alcohol Alcohol*;53:235-240. doi: 10.1093/alcal/agx088.
- Chiamulera C. (2005) Cue reactivity in nicotine and tobacco dependence: a "dual-action" model of nicotine as a primary reinforcement and as an enhancer of the effects of smoking -associated stimuli. *Brain Res. Rev.* 48, 74-97.
- Shiffman, S, Hickox M, Paty JA, Gnys M, Kassel JD, Richards TJ (1996) Progression from a smoking lapse to relapse: prediction from abstinence violation effects, nicotine dependence, and lapse characteristics. *J Consult Clin Psychol.* 64, 993-1002.

# Trattamento del Tabagismo: l'opportunità citisina a Verona

LORENZO MAZZI, SILVIA TOLDO,  
SIMONE CAMPAGNARI, ELENA ARZENTON,  
ALESSANDRO TORAZZI, PAOLA MARINI,  
CRISTIANO CHIAMULERA, FABIO LUGOBONI

SEZIONE DI FARMACOLOGIA, DIP. DIAGNOSTICA E SANITÀ PUBBLICA, UNIV VERONA  
SERVIZIO DI MEDICINA DELLE DIPENDENZE, AOUI VERONA  
FARMACIA OSPEDALIERA, AOUI VERONA

Sebbene ancora considerato semplice “vizio” o “abitudine”, il tabagismo è a tutti gli effetti una condizione patologica riconosciuta e codificata dall'OMS, rappresentando la prima causa prevenibile di malattia. Infatti, il fumo di tabacco interessa globalmente 1,14 miliardi di soggetti, determinando quasi 8 milioni di decessi ogni anno<sup>1</sup>. In Italia, secondo i dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2022, si contano più di 12 milioni di fumatori attivi, pari al 24% della popolazione. Di conseguenza, i decessi fumo-correlati nel nostro Paese sono altrettanto considerevoli, superando i 93.000 all'anno<sup>2</sup>.

Per tali ragioni, promuovere la cessazione del fumo deve essere tra le priorità di ogni medico al fine di tutelare la salute dei propri pazienti rimuovendo un fattore di rischio così determinante nell'eziopatogenesi di molteplici patologie fumo-correlate. Tutte le linee guida nazionali ed internazionali propongono come intervento più efficace per la disassuefazione dal fumo il trattamento integrato che combina diverse forme di counselling con uno o più farmaci di dimostrata efficacia contro il tabagismo<sup>3</sup>.

Tra i farmaci disponibili per la disassuefazione, negli ultimi anni la citisina ha destato crescente interesse nella comunità scientifica grazie alle sue proprietà e potenzialità d'impiego.

Nonostante questo principio attivo sia noto nella cessazione del fumo già dagli anni '60, la letteratura scientifica a riguardo è ancora piuttosto carente e di conseguenza anche la sua prescrizione risulta limitata, sebbene l'esperienza derivante dalla pratica clinica decennale abbia dimostrato un'ottima tollerabilità<sup>4</sup>.

Proprio nell'ottica di approfondire le caratteristiche della citisina e di comprenderne il profilo di maneggevolezza, è stato sviluppato e avviato a Verona il protocollo di studio CITOSP. Questo progetto nasce dalla collaborazione della Sezione di Farmacologia dell'Università di Verona con il Servizio di Medicina delle Dipendenze e la Farmacia Ospedaliera della AOUI di Verona.

Il protocollo CITOSP consiste in uno studio monocentrico, osservazionale, prospettico che si propone di valutare la maneggevolezza del trattamento con citisina in pazienti affetti da tabagismo e ricoverati presso l'AOUI di Verona. La scelta di un campione così particolare e delicato deriva dal fatto che all'interno dell'ospedale non è ancora diffusa l'importanza di intraprendere un percorso di disassuefazione – aldilà delle necessità di cessazione rapida – anche nel lungo termine, nonostante il fumo sia prevalente tra i pazienti e rappresenti un fattore aggravante per molte comorbidità.

La citisina è disponibile in Italia dal 2015 e già dal 2016 viene prescritta all'interno dell'AOUI di Verona dal Servizio di Medicina delle Dipendenze<sup>5</sup>. Viene estratta dai semi di alcuni vegetali della famiglia delle Fabacee<sup>6</sup>, per poi essere commercializzata come preparato galenico, sotto forma di capsule o compresse. Agisce come agonista parziale dei recettori nicotini<sup>7</sup> riducendo così i sintomi da asti-

nenza e il craving, oltre a bloccare gli effetti di rinforzo delle eventuali sigarette fumate durante il trattamento<sup>8</sup>. L'eliminazione della citisina avviene per via renale, trovandosi immodificata per il 95% nelle urine<sup>9</sup>. Da tale metabolismo minimo risulta improbabile l'interazione con altri farmaci e non vi sono elementi che controindichino il trattamento in casi di insufficienza renale o epatica.

Essendo un farmaco galenico privo di brevetto, preparato dalle farmacie ospedaliere e sul territorio, la citisina è attualmente il trattamento farmacologico più economico a disposizione per il tabagismo. Di fronte a questo insieme di interessanti caratteristiche nasce l'idea che la citisina possa essere un farmaco che si presta bene ad essere impiegato nella disassuefazione dal fumo anche in contesti particolari come quello ospedaliero.

Il farmaco ideale per la disassuefazione dal fumo deve essere innanzitutto sicuro, onde evitare di compromettere ulteriormente lo stato di salute dei pazienti, che possono essere affetti da diverse patologie e già in trattamento con altri farmaci. Inoltre, deve essere ben tollerato in modo da garantire aderenza alla terapia ed evitare il fallimento terapeutico.

Per tali ragioni l'obiettivo primario dello studio descritto nel protocollo CITOSP è proprio quello di investigare la sicurezza di citisina prescritta ad un campione di pazienti tabagisti ricoverati nei reparti presso AOUI Verona.

I propositi di questo studio sono quelli di promuovere l'intervento integrato di cessazione del fumo, approfondendo le conoscenze sulle proprietà della citisina al fine di individuare un trattamento tollerabile ed efficace anche in ambiente ospedaliero.

Lo studio CITOSP è iniziato ad ottobre 2021 con il reclutamento del primo paziente ed è tuttora in corso secondo il protocollo approvato dal Comitato Etico. Il paziente fumatore viene individuato con l'anamnesi dal medico dell'Unità Operativa a cui afferisce e successivamente segnalato alla Medicina delle Dipendenze (MdD). Il medico di MdD valuta l'eleggibilità del paziente allo studio osservazionale mentre il referente della Farmacologia ne illustra l'informativa e raccoglie le informazioni riguardo la storia clinica e lo status di fumatore. Il medico di MdD stabilisce in accordo con il paziente il Quit Day, giorno a partire dal quale smetterà di fumare ed in cui comincerà ad assumere citisina, secondo il piano di intervento e lo schema posologico previsto dal protocollo. La Farmacia Ospedaliera, sulla base della consulenza del MdD, allestisce l'intero trattamento a base di citisina e lo consegna al reparto presso il quale è ricoverato il partecipante. Lo schema posologico scelto prevede un andamento a scalare, iniziando con la dose massima il primo giorno, che poi viene ridotta gradualmente durante i successivi 25 giorni. Essendo quello proposto dal protocollo CITOSP un intervento integrato, oltre al trattamento farmacologico, il paziente avrà a disposizione il supporto della MdD per tutta la durata dello studio, anche al di fuori delle visite di controllo. Dopo la dimissione il follow-up viene svolto presso gli ambulatori della MdD oppure presso il reparto di provenienza se il partecipante dovrà sottoporsi a visite di controllo per la sua patologia. Ogni paziente verrà seguito per 12 mesi in totale, durante i quali si svolgeranno due visite di controllo nei primi 25 giorni di trattamento con citisina (al 7° giorno, al 25° giorno) e tre follow-up al termine dell'assunzione del farmaco (al 3°, al 6° e al 12° mese a partire dalla data del Quit Day). Il protocollo prevede che gli ultimi due follow-up possano essere svolti per via telefonica.

Sono ben 27 i reparti del AOUI Verona che finora hanno aderito allo studio, un chiaro segnale di interesse da parte dei medici nel ricercare una soluzione pratica contro il tabagismo che

vada al di là della semplice interruzione del fumare, ma che permetta la presa in carico in un percorso raccomandato di dimostrata efficacia. Infatti, è bene tener presente che l'obiettivo del clinico non è semplicemente controllare la dipendenza da nicotina nel breve termine, bensì assicurarsi che il paziente smetta di fumare definitivamente. Un altro aspetto interessante è l'eterogeneità dei reparti aderenti allo studio, a testimonianza del fatto che il fumo rappresenta un problema trasversale, coinvolgente con i suoi effetti nocivi tutte le realtà all'interno dell'ospedale.

Dai dati preliminari finora osservati è possibile affermare che il trattamento con citisina presenta buone caratteristiche di maneggevolezza e tollerabilità. Se la citisina dovesse dimostrarsi tollerabile anche in un campione così eterogeneo e delicato, poiché presentante svariate comorbidità potrebbe divenire il farmaco di scelta per la disassuefazione dal fumo al livello ospedaliero.

Dato il basso costo della citisina, l'impiego del protocollo CITOSP come intervento standard per la disassuefazione negli ospedali e nei centri antifumo del Sistema Sanitario Nazionale comporterebbe sicuramente un notevole risparmio economico.

Chiaramente, il tabagismo è un problema che interessa non solo la realtà ospedaliera ma ancor più la medicina sul territorio. I medici di medicina generale si rapportano tutti i giorni con pazienti fumatori, che a causa di tale dipendenza compromettono il loro stato di salute, ostacolano la guarigione e promuovono l'insorgenza di comorbidità correlate. Per tali ragioni, il contributo dei medici di base risulta fondamentale nella promozione della disassuefazione dal fumo. In primo luogo, il medico può fornire un consiglio breve al paziente, illustrando i vari benefici della cessazione ed esortando a prenderla in considerazione.

Qualora i pazienti dimostrassero interesse a smettere di fumare, è inoltre opportuno che vengano indirizzati verso centri antifumo del Sistema

Sanitario Nazionale presenti anche in provincia, presso i quali troveranno professionisti specializzati in grado di proporre le migliori soluzioni terapeutiche per ciascun individuo. Ogni medico può reperire tutte le informazioni utili riguardo il trattamento integrato del tabagismo in Veneto consultando il sito [www.smettintempo.it](http://www.smettintempo.it).

All'interno dell'area operatori di quest'ultimo è possibile trovare molti materiali informativi, compresa una spiegazione dettagliata del progetto citisina in Veneto.

## BIBLIOGRAFIA

1. Reitsma MB, Kendrick PJ, Ababneh E, et al. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2021;397(10292):2337–2360.
2. Istituto Superiore di Sanità. Comunicato Stampa N°39/2022. In: 2022. [https://www.iss.it/web/guest/primo-piano/-/asset\\_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/7146126](https://www.iss.it/web/guest/primo-piano/-/asset_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/7146126)
3. European Network for Smoking Prevention. Linee guida per il trattamento della dipendenza da tabacco. Published online 2020. [https://ensp.network/wp-content/uploads/2020/10/guidelines\\_2020\\_italian\\_forprint.pdf](https://ensp.network/wp-content/uploads/2020/10/guidelines_2020_italian_forprint.pdf)
4. Walker N, Bullen C, Barnes J, et al. Getting cytosine licensed for use world-wide: a call to action. *Addiction*. 2016;111(11):1895–1898.
5. Lugoboni F, Schirolli S, Pigozzo S, Marini P. Cytisine: A good example for hospitals. *Pneumologia*. 2016;65. <https://arhiva.pneumologia.eu/download-469.htm>
6. Tutka P, Zatoriski W. Cytisine for the treatment of nicotine addiction: from a molecule to therapeutic efficacy. *Pharmacol Rep*. 2006;58(6):777–798.
7. LeSage MG, Shelley D, Ross JT, Carroll FI, Corrigan WA. Effects of the nicotinic receptor partial agonists varenicline and cytosine on the discriminative stimulus effects of nicotine in rats. *Pharmacol Biochem Behav*. 2009;91(3):461–467.
8. Tinghino B, Baraldo M, Mangiaracina G, Zagà V. La citisina nel trattamento del tabagismo. *Tabaccologia*. 2015;2:1–8. [https://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/TABACCOLOGIA%202015\\_Citisina%20review.pdf](https://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/TABACCOLOGIA%202015_Citisina%20review.pdf)
9. Sopharma. Tabex. Product monograph. Published online 2006.

# La relazione di cura: dalla prospettiva storica all'evidenza neurobiologica

AUTORI: GIUSEPPE GIORDANO, SEBASTIANO CASTELLANO, FEDERICA BORTOLOTTI

ESTRATTO DA: TESI DI LAUREA IN MEDICINA, UNIVERSITÀ DI VERONA, DISCUSSA IL 13.07.2022 (LAUREANDO: GIUSEPPE GIORDANO; RELATORE: PROF. SSA FEDERICA BORTOLOTTI; CORRELATORE: DR. SEBASTIANO CASTELLANO)

La relazione di cura può essere definita come l'interazione sociale che s'instaura tra una persona che percepisce un bisogno e il professionista che possiede le competenze per soddisfarlo.

Essa è stata – ed è tuttora – oggetto di studio in numerose discipline quali la storia, l'antropologia, la filosofia, la psicologia e la sociologia.

Il presente lavoro, tuttavia, si è focalizzato sull'aspetto più eminente-mente medico, con l'obiettivo di comprendere in che misura la relazione di cura sia effettivamente parte della cura stessa. In particolare, lo studio ha affrontato l'argomento discutendo tre tematiche principali: i. l'esistenza di un effetto oggettivamente dimostrabile della relazione di cura sull'esito del trattamento; ii. le ricadute della relazione di cura sul medico; iii. la possibilità di considerare quest'interazione come un fattore essenziale nella costruzione dell'identità del curante.

Tali tematiche sono state discusse analizzando la relazione di cura secondo tre prospettive: storica, etico-sociale e neurobiologica.

## 1. La relazione di cura secondo la prospettiva storica

Nel corso della storia, la relazione tra medico e paziente è stata notevolmente influenzata dall'evoluzione delle conoscenze mediche e dalla

con-seguente modifica della pratica clinica. A titolo di esempio si citano i profondi cambiamenti apportati dall'istituzione degli ospedali, dalla nascita della medicina di laboratorio e della diagnostica per immagini, nonché dalla diversificazione delle conoscenze e delle competenze in branche specialisti-che separate. A ciò si aggiungono il miglioramento delle condizioni sociali e la transizione epidemiologica, la quale risulta sempre più orientata verso le malattie croniche, che per la loro stessa natura implicano un notevole carico assistenziale. Senza dimenticare, poi, l'evoluzione del linguaggio medico, il cui lessico si è progressivamente arricchito di termini tecnici, talvolta altamente specialistici, introducendo elementi di potenziale incomprensibilità nella comunicazione tra il medico e il malato.

Tuttavia, ciò che è interessante e sorprendente notare, è che la natura profonda ed essenziale della relazione è rimasta sempre la stessa, da Ippocrate ai nostri giorni, sebbene sul piano formale siano avvenuti notevoli cambiamenti. Infatti, il tradizionale rapporto duale è stato soppiantato da quello plurimo, organizzato, interdependente e istituzionale tipico della medicina contemporanea.

Da un punto di vista relazionale, nel corso del tempo, il progressivo aumento delle conoscenze ha trovato corrispondenza nel contestuale spostamento dell'attenzione dal malato alla malattia. Ai tempi di Ippocrate, al centro della pratica medica si trovava il malato. E, d'altronde, non poteva essere altrimenti, data la scarsità e la poca efficacia dei presidi terapeutici dell'epoca. Con il passare del tempo, però, l'incremento delle conoscenze mediche ha portato a fare affidamento in modo quasi esclusivo sui

farmaci e sulle procedure mediche e chirurgiche disponibili, concentrando l'attenzione più sulla malattia che sul paziente.

Tuttavia, a partire dalla seconda metà dell'Ottocento si è lentamente diffusa la consapevolezza che in questo modo si trascurava il malato, ignorandone aspetti importanti e snaturando la stessa professionalità del curante. Al riguardo si evidenzia come lo stesso Claude Bernard (1813-1878), il celebre fisiologo che con la sua impostazione scientifica e metodologica ha richiamato la necessità di basare la pratica medica sui contributi della ricerca, rilevava questo rischio [*"D'abord considérons que la pratique médicale est une chose extrêmement complexe dans laquelle interviennent une foule de questions d'ordre social et extra-scientifiques"* (Bernard, 1865)].

In ogni caso, l'esigenza di riportare il paziente al centro della pratica medica ha trovato una rinnovata convinta espressione negli ultimi cinquant'anni, con lo sviluppo del modello biopsicosociale della malattia (Engel, 1977), la nascita delle *medical humanities* e, all'interno di queste, della *medicina narrativa*.

## 2. La relazione di cura secondo la prospettiva etico-sociale

Passando alla prospettiva etica, la peculiarità che caratterizza la relazione di cura è la sua intrinseca dimensione morale, che presenta rispetto ad altre relazioni umane almeno due aspetti peculiari.

Il primo riguarda il fatto che è una relazione sempre asimmetrica, dato che il curante e il curato, nel loro rapporto non sono mai sullo stesso piano. Il secondo fa riferimento al fatto che si tratta spesso di una relazione obbli-

gata, giacché il paziente, talvolta, si trova costretto a contattare il medico indipendentemente dalla fiducia che ripone in lui.

Date queste peculiarità, in caso di divergenze tra il sentire morale del medico e del paziente, si rendono necessari punti di riferimento etici generali e comunque esterni alla relazione. Tra questi, i più conosciuti e più utilizzati sono i principi di Etica Biomedica, rappresentati dai principi di beneficenza, non maleficenza, autonomia e giustizia, elaborati e proposti alla fine degli anni '70 del secolo scorso [*Principles of Biomedical Ethics*, T.L. Beauchamp e J.F. Childress, 1979].

Tali principi rappresentano ormai un riferimento imprescindibile nel caso sorgano dilemmi di natura etica nella relazione di cura, sebbene talvolta, siano di difficile applicazione nella pratica clinica quotidiana. L'esempio più immediato di ciò è il rifiuto del paziente alle cure, caso in cui il principio di autonomia può entrare in conflitto con quello di beneficenza. A questo riguardo, è da sottolineare come, negli ultimi decenni, il tradizionale approccio paternalistico sia stato progressivamente abbandonato per lasciare maggiore spazio all'autonomia e autodeterminazione del paziente.

La so-praticata tendenza contemporanea del *"ritorno al malato"*, dunque, non è l'esatta riproposta dell'approccio ippocratico, dato che in quest'ultimo caso la relazione medico-paziente era di tipo paternalistico.

In prospettiva sociale, l'analisi della relazione di cura porta alla luce la singolarità di questo rapporto rispetto ad altre interazioni umane. Essa, infatti, si caratterizza per la già citata asimmetria tra curante e curato, oltre che per il fatto di essere fondata sulla fiducia reciproca e sulla condivisione degli obiettivi, con precisi vincoli relativi ai contenuti e alle circostanze dell'incontro del paziente con il medico (Parsons, 1951). Ciò coincide con la *"natura profonda ed essenziale"* della relazione di cura di cui si parlava in precedenza, cioè l'insieme delle peculiarità relazionali rimaste pressoché immutate nel corso dei secoli.

### 3. La relazione di cura secondo la prospettiva neurobiologica

Tale prospettiva rimanda alle recenti evidenze che la relazione di cura comporta delle modificazioni neurobiologiche sia nel cervello del paziente che in quello del curante e che tali modificazioni giochino un ruolo fondamentale nel processo della malattia.

Fondamentale in questo senso il contributo del medico e neuroscienziato italiano Fabrizio Benedetti, che nel suo saggio *"Il cervello del paziente"* analizza la risposta del malato alla malattia identificando quattro successivi stadi psicologici: sentirsi malati, cercare sollievo, incontrare il terapeuta e ricevere la terapia [Benedetti, 2011].

A ognuno di questi stadi, le ricerche scientifiche degli ultimi decenni fanno corrispondere dei meccanismi neurobiologici la cui comprensione, tuttavia, è ancora agli stadi iniziali. Nella fase di *sentirsi malati*, e dunque nella sensazione di malattia, entra in gioco, più che il sintomo in sé, la valutazione cognitiva ed emotiva che influenza ed è influenzata dal sintomo stesso. In ciò giocano un ruolo significativo le aree cerebrali quali l'insula e il cingolo anteriore, che partecipano alla consapevolezza di uno scostamento dalla condizione "normale" di salute.

La consapevolezza della malattia, poi, dà il via al meccanismo psicologico della motivazione, che spinge il malato a mettere in atto un comportamento complesso finalizzato alla *ricerca del sollievo*. Le aree cerebrali implicate in questa fase sono molte, ma una particolare rilevanza è ricoperta dal circuito mesolimbico dopaminergico, conosciuto anche come *"circuito della ricompensa"*. Una caratteristica rilevante e molto studiata di tale via nervosa è l'attività dopaminergica del nucleo accumbens septi, il quale riceve afferenze dall'area tegmentale del mesencefalo.

Il comportamento motivato finalizzato alla ricerca del sollievo porta il malato ad *incontrare il terapeuta*. Al riguardo si sottolinea preliminarmente

come il fatto che la risposta alla sofferenza sia la richiesta di aiuto non rientri solo negli ambiti psicologico e neurobiologico, ma anche in quello evolutivo. Infatti, come sottolinea Benedetti, le cure mediche si possono considerare come frutto dell'evoluzione comportamentale dei sistemi di difesa del corpo. Tale percorso evolutivo, benché sia avvenuto in tempi remoti, si affianca a quello, più recente e ancora attuale, riguardante le conoscenze scientifiche che continuamente ridefiniscono la pratica della medicina.

Nell'incontro del malato con il terapeuta appaiono di grande importanza elementi come la comunicazione, la speranza, la fiducia e il giudizio di affidabilità. Una menzione particolare merita il sentimento di ammirazione che il paziente prova nei confronti del curante: in questo caso, dal punto di vista psicologico si può distinguere tra ammirazione per la moralità e ammirazione per le abilità tecniche o intellettuali. È interessante notare che tale dicotomia psicologica trova corrispondenza nel relativo substrato neurobiologico, dato che sono implicate, rispettivamente, la porzione infero-posteriore e quella supero-anteriore delle corteccie posteromediali.

Nella maggior parte dei casi, all'incontro con il terapeuta segue la *somministrazione di una terapia*. Tale atto avviene seguendo una sorta di "ritualità", e ciò innesca nel paziente una risposta placebo. Si deve sottolineare che quest'ultima non è solo immaginata nel cervello del paziente, ma dà luogo a modificazioni fisiologiche effettive e misurabili. Questo significa che l'efficacia del trattamento non dipende solo dall'effetto specifico della terapia in sé, ma anche dall'effetto placebo legato all'atto della somministrazione.

Da quanto esposto risulta chiaramente come per trarre beneficio dai meccanismi placebo non sia necessario ingannare il paziente somministrandogli una sostanza farmacologicamente inerte – *un placebo*, per l'appunto. Infatti, dato che la risposta placebo è legata al contesto in cui avviene la somministrazione della terapia

pia, essa dipende innanzitutto dalla relazione che il paziente instaura con il medico.

Da quanto sopra emerge come molti siano i circuiti biologici e psicologici che si attivano nel cervello del paziente all'instaurarsi della relazione di cura e come questi incidano concretamente sul comportamento del paziente stesso e quindi sulla risposta, più o meno efficace alla malattia.

Di questo si ha una ricaduta speculare nel cervello del curante, sebbene in questo ambito le evidenze neurobiologiche siano ad oggi decisamente più limitate.

In ogni caso, è noto che al processo empatico con cui il curante coglie le emozioni del malato partecipa, tra le altre aree cerebrali coinvolte, il giro frontale inferiore. Qui si trovano numerosi neuroni specchio, i quali appaiono implicati non solo nella nota funzione di riconoscimento delle azioni motorie, ma anche nella comprensione delle emozioni degli altri.

Altra considerazione, poi, riguarda le tensioni emotive che spesso accompagnano il lavoro del medico e che giustificano lo sviluppo, da parte di quest'ultimo, di una certa resilienza, definita come la capacità di mantenere integra la propria salute mentale senza soccombere di fronte alle situazioni emotivamente pesanti. Tuttavia, se ciò esita in un eccessivo distacco, le conseguenze negative non riguardano solo il paziente, ma anche il medico, con spiacevoli effetti quali depressione, *burnout* e perdita del significato pro-fessionale (Weilenmann et al., 2018).

In questo ambito, una menzione particolare la merita il sentimento di compassione che il medico prova nei confronti del paziente. Si tratta di un termine, "compassione", il cui abuso ha comportato, come spesso accade in questi casi, lo svilimento del profondo significato originario etimologicamente attestato, il quale rimanda al dispiacere che scaturisce dalla sofferenza altrui (dal latino: *cum* insieme *patior* soffro). Per quanto concerne l'aspetto neurobiologico, è interessante notare come si rilevi un'analogia tra la compassione – intesa nell'accezione appena ricordata – del medico nei confronti del paziente e l'ammirazione del paziente nei confronti del medico. Infatti, risultano implicate per i due sentimenti, quello della compassione e quello dell'ammirazione, le stesse aree cerebrali delle corteccie posteromediali.

## Riflessioni conclusive

Il lavoro di approfondimento sulla relazione di cura ha evidenziato come l'incontro tra medico e paziente sia non solo, riduttivamente, la precondizione necessaria per l'azione di cura, ma soprattutto un elemento fondamentale per l'efficacia della cura stessa e per la costruzione della solidità identitaria del medico. È possibile dunque affermare che la cura sia innanzitutto relazione. Ma è vera anche l'affermazione reciproca, cioè che la relazione sia cura, come dimostrano le numerose evidenze scientifiche sull'effetto placebo e sulle conseguenze del rapporto umano sull'esito del trattamento.

Le conoscenze sulla neurobiologia della relazione di cura, dunque, entrano pienamente nel bagaglio cultu-

rale e scientifico che accompagna e sostiene la medicina dei nostri giorni.

Fin dalla formazione universitaria, i medici dovrebbero essere consapevoli che la relazione di cura può essere considerata a tutti gli effetti un fattore tecnico di efficacia, pienamente coinvolto nel processo di cura e nel risultato che si ottiene. In questo modo, alle vaste possibilità terapeutiche della medicina contemporanea si aggiungono gli effetti benefici della relazione umana, conferendo questo felice connubio alle prestazioni sanitarie un'efficacia e una qualità inedite.

## BIBLIOGRAFIA

- Beauchamp T.L. e Childress J.F., *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, Oxford, 1979. Edizione italiana: *Principi di bioetica*, Le Lettere, 1999.
- Benedetti F., *The patient's brain: the neuroscience behind the doctor-patient relationship*, Oxford University Press, Oxford, UK, 2011. Edizione italiana: *Il cervello del paziente. Le neuroscienze della relazione medico-paziente*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2012.
- Bernard, C., *Introduction à la médecine expérimentale*, Gallimard, Paris, 1865, p. 359.
- Engel G., *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, Science, 1977, 196, pp. 129-36.
- Parsons T., *The social system*, Free Press, Glencoe, IL, 1951. Edizione italiana: *Il sistema sociale*, Edizioni di Comunità, Milano, 1981, pp. 437-488.
- Weilenmann S., Schnyder U., Parkinson B., Corda C., Von Känel R. e Pfalz M.C., *Emotion transfer, emotion regulation and empathy-related processes in physician-patient interactions and their association with physician well-being: a theoretical model*, Front. Psychiatry, 2018, 9, pp. 1-18.

## 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.

# Libertà e Solidarietà

leri, 30 novembre, la Corte Costituzionale ha confermato la legittimità dell'obbligo vaccinale.

A sperare in una sentenza di incostituzionalità c'erano, oltre ai no-vax, anche quei medici e quegli infermieri che per la loro scelta ed in nome della "libertà" si erano visto sospeso lo stipendio.

In passato la Corte era già stata chiamata ad esprimersi in tal senso: nel 1990 a proposito dell'obbligo per il vaccino anti-polio.

La sua sentenza, allora (la 307/1990), dichiarò legittimo l'obbligo del vaccino antipolio purché il trattamento sanitario servisse non solo a preservare e a migliorare la salute del singolo, ma anche quella degli altri.

Era questo infatti, per i Giudici Costituzionali, lo scopo che giustificava la "compressione del diritto all'autodeterminazione individuale": tutelare la salute collettiva.

A controbilanciare l'obbligo doveva però prevedersi anche l'indennizzo per gli eventuali danni permanenti collegati alla vaccinazione.

Qualche tempo fa, il nuovo Presidente del Consiglio, Giorgia Meloni, da Bali dove era impegnata con i grandi della terra, ha dovuto smentire il sottosegretario alla salute che aveva sollevato dubbi sull'efficacia della vaccinazione anti-Covid. L'ha fatto confermando che con quella si sono salvate migliaia (se non milioni) di vite. Ma ha anche voluto avvertire che «Guai a cedere alla facile tentazione di sacrificare la libertà dei nostri cittadini in nome della tutela della loro salute». In questo forse anticipando il lavoro dei giudici costituzionali, che evidentemente sono stati più saggi dei nostri politici.

La cosa mi ha richiamato alla mente che qualche anno fa, l'allora Ministro dell'Interno Salvini, aveva affermato che "10 vaccini obbligatori sono inutili e in parecchi casi pericolosi se non dannosi" aggiungendo che "la priorità è che i bimbi non vengano espulsi dalle classi".

Gli aveva risposto Roberto Burioni richiamandolo alle responsabilità legate alla sua carica istituzionale ed invitandolo ad affidarsi ai pareri della scienza piuttosto che agli slogan demagogici.

Perché, per usare le parole del suo libro "La congiura dei Somari" il somaro "è un essere umano tanto babbeo da ritenersi tanto intelligente da riuscire a sapere e capire le cose senza averle studiate. Uno di quelli che, pur non avendo la minima nozione di medicina o di biologia, pur non sapendo cos'è un virus e come funziona un vaccino, pretendono di convincerci che "dieci vaccini sono troppi", "le malattie guariscono da sole o grazie ai rimedi naturali", "le vaccinazioni obbligatorie servono solo ad arricchire le industrie farmaceutiche e quelli che sono sul loro libro paga".

In un paese che aspira ad essere civile, lo Stato deve garantire la possibilità di frequentare la scuola anche a chi il vaccino non lo può fare perché malato o immunodepresso. E che, se posto nella condizione di dover frequentare una classe dove i compagni non sono vaccinati, dovrebbe scegliere tra il diritto all'istruzione e quello alla salute.

La collettività ha il diritto di pretendere che chi vuole frequentare le aule delle scuole pubbliche (e le corsie dei nostri ospedali) sia disposto a vaccinarsi. Se non altro per solidarietà con chi è meno fortunato. La solidarietà è sempre stata il collante sociale che ha attenuato le disparità e frenato le conflittualità.

Non è un caso che nella sentenza del 1990 la Corte Costituzionale avesse bilanciato la libertà individuale e l'interesse collettivo alla salute in funzione della solidarietà. Perché è in questo bilanciamento che trovano tutela i nostri diritti. Ed è in tali comportamenti di responsabilità che si realizza appieno la democrazia.

Sacrificare la solidarietà nel nome della libertà individuale potrebbe essere destabilizzante e .... pericoloso.

ROBERTO MORA



# Fake news e medicina

DI MASSIMO VALSECCHI

## Premessa:

- La diffidenza o, per lo meno, l'indifferenza del contesto culturale italiano verso le regole scientifiche delle prove di efficacia è un fenomeno antico, vasto e profondo; coinvolge strati importanti della nostra società a partire dalla politica, dal mondo dei media e da una parte non indifferente della magistratura.

La comparsa di false verità, in svariati campi del sapere scientifico, non è certo una caratteristica solo italiana (come vedremo più avanti anche in questo testo) ma, nel contesto occidentale, solo in Italia si assiste periodicamente al "montare" di casi che assumono dimensioni nazionali e che, come una slavina, coinvolgono progressivamente stampa, partiti, magistrati e lasciano alla fine un cumulo di macerie sotto le quali restano come vittime sacrificali, i pazienti che sono stati ingannati.

A conferma di questa analisi sconsigliante riporto una pagina della relazione conclusiva dell'indagine conoscitiva della Commissione Igiene e Sanità del Senato su **"ORIGINE E SVILUPPO DEL COSIDDETTO CASO STAMINA"**.<sup>(1)</sup>

Nella sezione 1.5.2 intitolata **Il caso Italia "cure miracolose" e magistratura**, la Commissione ricorda che:

*"In un approfondito scritto dedicato alle "cure miracolose", contenuto in un noto ed apprezzato manuale di medicina oncologica<sup>(2)</sup>, viene evidenziata una caratteristica del tutto singolare della situazione italiana, costituita – ol-*

*tre che dalla rilevante enfattizzazione, ad opera di una parte della stampa e della televisione, dei metodi di cura alternativi a quelli propri della scienza medica, in riferimento a malattie croniche ed a prognosi infausta – anche dall'intervento (del tutto inesistente in altri paesi) della magistratura del lavoro nella somministrazione da parte del SSN di farmaci di non provata efficacia, nonostante la difforme determinazione della competente Autorità sanitaria nazionale; e ciò a far tempo dal noto caso Di Bella (1997-98) la cui pretesa cura era basata su un cocktail di composti, tra i quali la somatostatina, che non ha mai avuto i requisiti di scientificità e di opportunità terapeutica tali da essere immessa nelle corsie ospedaliere (tale assenza di prove non è stata contraddetta da prove nemmeno nei 15 anni che seguirono).*

Credo, quindi, in attesa di trovare una terapia adeguata, che sia necessario ricordare la singolare regolarità con cui questi fenomeni si riproducono. Mario Rigoni Stern ammoniva che *La memoria è necessaria, dobbiamo ricordare perché le cose che si dimenticano possono ritornare: è il testamento che ci ha lasciato Primo Levi.*<sup>(3)</sup>

## 1969, il Siero di Bonifacio

In quell'anno un veterinario, il Dott. Liborio Bonifacio nell'errata convinzione che le capre non si ammalassero di cancro, si persuase che tale presunta immunità fosse dovuta ad una particolare sostanza che avrebbe potuto essere curativa anche per gli uomini.

Mise, così, a punto un preparato che veniva ricavato dalle feci e dall'urina di un animale macellato: il siero veniva iniettata ad ammalati di tumore ogni 48 ore.

La presunta cura ottenne tale risalto mediatico che l'allora Ministro della Sanità Camillo Ripamonti fu indotto ad autorizzare una sperimentazione che interessò 16 pazienti, con risultati talmente deludenti (4 morirono durante la sperimentazione) da essere interrotta dopo 16 giorni dall'inizio.

Nonostante quest'esito della sperimentazione ufficiale, Liborio Bonifacio, dopo ulteriori tentativi di sperimentazione, continuò a produrre e distribuire il suo siero.

Migliaia di certificati medici, inviati ad autorità e giornali, attestavano guarigioni sorprendenti nei pazienti trattati con la cura Bonifacio.

Il colpo di scena (che, purtroppo rivedremo ripetersi periodicamente negli anni successivi) si ebbe quando un magistrato della nona sezione della pretura di Roma, il dott. Elio Cappelli, aprendo un campo di intervento inusitato, ordinò al nuovo Ministro della Sanità Altissimo un rapporto urgente sulle presunte irregolarità della sperimentazione effettuata.

Fu così richiesta una nuova sperimentazione.

Era il 19 gennaio 1982 quando fu istituita una nuova "Commissione Bonifacio". Prima di iniziare la sperimentazione umana fu predisposta una prova su cavie da effettuare negli Stati Uniti, ma a maggio 1982, il colpo di scena: in una conferenza stampa Liborio Bonifacio annunciò a tutti il suo ritiro dalla scena e dalle sperimentazioni e fu così che ci fu risparmiato un seguito che vedremo, invece, negli anni seguenti con gli episodi successivi di questa tragicommedia italiana.

## 1997, la multi terapia Di Bella

Il "caso" si sviluppa agli inizi degli anni 60 quando il prof. Luigi Di Bella inizia le sue ricerche ed avvia la sperimen-

(1) <https://www.senato.it/leg17/3687?indagine=38>

(2) G. Robustelli Della Cuna, G. Bonadonna, Le cure miracolose, in G. Bonadonna, G. Robustelli Della Cuna, P. Valagussa, Medicina oncologica, VIII ed., Milano, Elsevier-Masson, 2007, pp. 34-36.)

(3) La Stampa, intervista a Mario Rigoni Stern del 3 maggio 2001.

tazione su alcuni pazienti affetti da tumore.

Secondo il suo racconto, quando i risultati del lavoro vengono resi noti in alcuni congressi scientifici egli subisce un forte ostracismo in ambito universitario.

Il crescente credito popolare sui risultati che ottiene lo porta, in ogni caso, ad un'analisi ufficiale del suo metodo da parte della Commissione Oncologica Nazionale che, il 5 febbraio 1996, dà un parere negativo alla terapia proposta.

Il parere negativo viene confermato nel 1997 (8 gennaio) dalla Commissione Unica per il Farmaco e il 16 luglio dal Consiglio Superiore di Sanità.

La vicenda, invece che essere considerata chiusa, venne riaperta, nel dicembre del 1997, dal pretore di Maglie (Puglia) Carlo Madaro che firmò un provvedimento d'urgenza con il quale ordinava alla Asl locale di fornire la cura gratuitamente ad un bambino affetto da tumore al cervello.

Lo stesso Dott. Madaro firmò nei mesi successivi altri sedici provvedimenti di questo tenore; un esempio presto seguito da molti giudici del lavoro in tutto il Paese.

Michele Santoro dedicò una puntata della sua trasmissione Moby Dick alla cura Di Bella. Si susseguono pressioni di piazza ed interventi sui media.

Sotto la spinta di questa pressione, il 24 dicembre 1997, Il ministro della Sanità Rosi Bindi firmò un'ordinanza nella quale si chiedeva al professor Di Bella di presentare al Ministero, entro venti giorni, almeno cento documentazioni cliniche relative a pazienti curati con il Mdb.

L'entourage di Di Bella replicò che la consegna delle cartelle sarebbe avvenuta solo se fosse stata istituita una commissione di esperti che avesse ottenuto la loro approvazione.

Lo stesso giorno il Senato impegnò il Governò a compiere la sperimentazione mentre Il presidente della Federazione degli Ordini dei medici, Aldo Pagni, annunciava sanzioni disciplinari per i medici che prescrivano la cura Di Bella.

Il 7 gennaio 1998 Francesco Merlo, sul Corriere della Sera, rilevava come ormai si fosse creata una divisione politica sulla vicenda: "Somatostatina di destra, chemioterapia di sinistra".

Il 13 gennaio — Maurizio Costanzo ed Enrico Mentana organizzarono una trasmissione dedicata al confronto tra il ministro Bindi e il professor Di Bella, entrambi collegati in diretta.

La commissione ministeriale fissava quindi, Il 23 gennaio, le linee della sperimentazione: il trattamento Di Bella, sarebbe stato testato su nove tipi di tumore, coinvolgendo in tutto 2.600 pazienti in ventuno diversi istituti di ricerca.

La sperimentazione avrebbe dovuto avere inizio due settimane più tardi. Intervenne, però, (il 9 febbraio) il famoso TAR del Lazio stabilendo che la somatostatina doveva essere distribuita gratuitamente ai malati terminali. La sentenza venne impugnata dal ministro Bindi che la sottopone al Consiglio di Stato.

Il 17 febbraio venne, infine, approvato il decreto legge sulla sperimentazione, avviata l'8 marzo.

Di Bella dichiarò di non considerare la sperimentazione conforme agli accordi e chiuse per protesta il suo studio modenese ottenendo che, Il 24 febbraio, l'Onorevole Gianfranco Fini chiedesse che venisse elaborato un nuovo decreto legge, che tenesse conto delle obiezioni del professor Di Bella.

Il 1 marzo 1988, a Verona, Giuseppe Di Bella partecipò alla Conferenza programmatica di Alleanza Nazionale sancendo così la definitiva politicizzazione dell'intera faccenda.

Il 9 marzo, una nuova sentenza del TAR del Lazio accoglieva un ricorso avanzato dal Codacons e stabiliva che la cura Di Bella dovesse essere fornita gratuitamente a tutti i malati di tumore che la richiedevano.

A questo punto, Il 10 marzo, Il ministro della Sanità fu forzata a mettere a punto le modifiche al decreto sulla sperimentazione mentre, Il 26 marzo, il Consiglio di Stato sospendeva l'ordinanza del TAR del Lazio definendo che in nessun caso era possibile distribuire gratuitamente la somatostatina.

A questo punto il professor Di Bella dichiarò che la sua firma in calce ai protocolli della sperimentazione era falsa e l'11 maggio il pretore torinese Raffaele Guariniello aprì un'inchiesta che

metteva sotto accusa il Ministero della Sanità e la Commissione Oncologica Nazionale per aver falsificato la firma di Di Bella sui protocolli.

Il 26 maggio, la Corte Costituzionale impose al Ministero della Sanità di garantire la gratuità del Mdb a tutti i pazienti che avevano i requisiti richiesti dai protocolli della sperimentazione, ma che non erano riusciti ad esservi inclusi e Il Consiglio dei ministri approvò un decreto legge nel quale si stabiliva l'erogazione gratuita della "cura" ai pazienti con patologie comprese nei protocolli della sperimentazione.

Per finanziare i costi vennero temporaneamente innalzati i ticket richiesti per tutte le ricette mediche del Servizio Sanitario Nazionale.

Il 23 giugno, La dottoressa Eva Buiatti, dell'Istituto Superiore di Sanità, dichiarava che dall'indagine sulle cartelle cliniche dell'archivio Di Bella risultava che, contrariamente a quanto affermato dal prof. Di Bella stesso, vi era un altissimo numero di decessi tra i pazienti.

Il 10 luglio - Vennero resi noti i risultati della sperimentazione del Mdb compiuta dalla Regione Lombardia: su 333 pazienti, solo uno aveva ottenuto un lieve miglioramento.

Il 28 luglio - Il Comitato guida della sperimentazione sul Mdb rese noti i primi dati disponibili, relativi a quattro protocolli su nove: la cura del professor Di Bella risultava *"inattiva per le neoplasie inserite nei quattro protocolli i cui dati finali sono stati elaborati e controllati"*.

L'1 ottobre - L'AIAN presentò una denuncia ai NAS di Roma, perché la soluzione ai retinoidi preparata dall'Istituto Farmaceutico Militare di Firenze, avrebbe prodotto effetti tossici sui pazienti. Sulla vicenda indagherà (immane) anche il pretore di Torino, Raffaele Guariniello.

Nel frattempo, il 2 ottobre, - Il pretore di Maglie, Carlo Madaro, nominava una sua commissione incaricata di esaminare le cartelle cliniche di pazienti curati con il Mdb, raccolte nel corso dei procedimenti giudiziari da lui condotti in seguito ai ricorsi di alcuni pazienti.

Il 13 novembre l'Istituto Superiore di Sanità rese pubblici i risultati della sperimentazione: su 386 pazienti

complessivamente inclusi nei nove protocolli e trattati con il Mdb, solo 3 avevano mostrato una parziale risposta positiva al trattamento. <sup>(4)</sup>

Mi scuso con il lettore per la lunga cronistoria ma niente meglio del reale può dare ragione di quanto questo Paese sia "diverso" e "anomalo" rispetto a logiche di buon senso e di standard internazionali su questi temi.

Per completare un tentativo di analisi su queste dinamiche mi sembra utile riportare anche quanto detto al Convegno sulla Libertà di cura organizzato, a Firenze il 18 settembre 1999, dalla ARPC, Associazione per la Ricerca e la Prevenzione del Cancro che promuove l'attività di ricerca svolta da chi opera al di fuori dell'ufficialità.

Ospite di maggior richiamo, del Convegno, era il dott. Carlo Madaro, pretore di Maglie che intervenne sugli aspetti legali della libertà di cura, sottolineando che *"una medicina nata solo 50 anni fa costituisce oggi un'oligarchia, che può arrogarsi il diritto di decidere perfino in merito a medicine che hanno una tradizione centenaria"*.

Madaro ricordava che *"la Costituzione riconosce il diritto alla libertà di cura nell'art. 32, infatti l'articolo stabilisce che la tutela della salute è un diritto fondamentale dell'individuo, quindi un diritto assoluto. In tutte e due le vicende (Siero di Bonifacio e multiterapia Di Bella) è la magistratura a dover ricordare in modo forte alle istituzioni che il diritto alla libertà di cura è un diritto fondamentale del malato; è la magistratura a dover imporre la tutela della salute del cittadino proprio a quell'organo dello Stato che ha il compito di garantirla"*.

A nostro parziale conforto, ricorderò che il Dott. Madaro è stato espulso dalla Magistratura <sup>(5)</sup>; la sua logica e quella di molti dei suoi emuli non an-

cora visto che, nel febbraio 2012, incredibilmente, il giudice della sezione lavoro del Tribunale di Bari, Maria Procoli, ha imposto all'Asl di Bari l'immediata somministrazione del contestato cocktail di vitamine anticancro ad un paziente che ne aveva fatto richiesta. <sup>(6)</sup>

### 2015, il caso Stamina

Il caso Stamina è, per il momento, l'ultimo capitolo di questa serie grottesca di farmaci miracolosi. Si caratterizza, rispetto alle altre situazioni analoghe, per un ruolo ancora più incisivo ed invasivo della magistratura che arriva al paradosso di smentire se medesima dato che, nello stesso arco temporale, una parte di essa indaga come truffatori i propugnatori della nuova cura miracolosa mentre altri magistrati impongono alle strutture sanitarie pubbliche che la cura sia somministrata.

- La vicenda ha inizio 2004-5 quando Davide Vannoni si reca in Ucraina per ricevere un trattamento a base di cellule staminali allo scopo di curare un'emiparesi facciale. Dichiarò di aver recuperato il 50 per cento della funzionalità dei muscoli facciali a seguito delle "cure" e decide di importare la metodica in Italia fondando in Italia, nel 2006-7, con i biologi russi Vyacheslav Klymenko ed Elena Shchegel'skaya, la Re-gene srl.
- Dopo una serie di viaggi tra Italia e Ucraina, e un periodo di permanenza a San Marino, dove venivano effettuati trattamenti con staminali senza autorizzazione, i due ricercatori russi abbandonano l'Italia nel 2009, dopo l'avvio di un'indagine a loro carico da parte del Comando carabinieri (NAS).
- In ogni caso, fra il 2007 e il 2009, Vannoni comincia a trattare pazienti affetti da malattie varie a Torino, San Marino e Trieste tanto che, nel 2009, Il Corriere della Sera e la Stampa

denunciano le sue attività; Nel processo che segue viene assolto e continua così ad offrire trattamenti a base di pretese cellule staminali per diverse malattie neurodegenerative, con costi che oscillano tra 20.000 e 50.000 euro, ricevendo alcune denunce per effetti collaterali dannosi

- Nel 2010 Vannoni sottomette all'ufficio brevetti statunitense (USPTO) la richiesta di brevetto per una procedura per la differenziazione neuronale di cellule staminali mesenchimali da utilizzare a scopi terapeutici. La domanda viene respinta
- Il 24 maggio 2011 La Stampa dà notizia di un'indagine su Vannoni per truffa (su 68 pazienti, di cui 3 minori) che coinvolge 16 persone. Tra i reati su cui si indaga c'è la somministrazione di farmaci imperfetti e pericolosi per la salute.
- Ciononostante, nel mese di ottobre, attraverso l'interessamento di un funzionario della regione Lombardia e di altri medici e dirigenti degli Spedali Civili di Brescia il trattamento comincia a essere offerto in quell'ospedale.
- Dopo una serie di ispezioni, il 15 maggio il direttore generale dell'AlFA, firma un'ordinanza che vieta il trattamento con i protocolli Stamina agli Spedali Civili di Brescia.
- L'ordinanza viene, prontamente, impugnata, a luglio, davanti al Tribunale Amministrativo Regionale della Lombardia, sezione di Brescia, con ricorsi separati sia dagli Spedali Civili di Brescia sia da alcuni genitori dei pazienti congiuntamente alla Fondazione Stamina.
- 2012. A fine agosto un giudice del Tribunale di Venezia supera l'ordinanza AlFA del 15 maggio e ammette il proseguimento del trattamento Stamina.
- A novembre alcuni giudici dei tribunali di Trento, Marsala e Firenze

(4) Cesare Fassari e Giuseppe Petrella, "Un anno con Di Bella", Ed. Italtromo ESIS Publishing, Collana Medicina e società, 1999.

(5) Roma, 1 agosto, 1988 (Adnkronos)

Il ministro della Giustizia Giovanni Maria Flick ha avviato un'azione disciplinare nei confronti del Dott. Madaro mentre il Consiglio dei ministri ha deciso di sollevare conflitto di attribuzioni tra poteri dello Stato davanti alla Corte costituzionale, contestando l'ordinanza con cui Madaro ha preteso di visionare le cartelle dei primi quattro protocolli della sperimentazione, "bocciati" dagli esperti dell'Istituto superiore di sanità. L'azione disciplinare avviata da Flick risale al 13 luglio scorso e prende spunto dalle dichiarazioni che il pretore fece dopo la sentenza della Consulta sulla gratuità della cura Di Bella. Secondo il Guardasigilli, le parole di Madaro "denotano un chiaro, personalistico intento politico o, quanto meno, uno spiccato desiderio di entrare a far parte di uno schieramento politico". Da ciò, "il sospetto - sostiene ancora il ministro - che l'azione giudiziaria intrapresa a difesa del cittadino e a tutela del diritto alla salute, fosse finalizzata a ottenere una candidatura politica".

(6) La Repubblica Bari. It, 26 febbraio 2012.

autorizzano il trattamento anche per pazienti mai trattati in precedenza.

- 2013. A gennaio Mediaset manda in onda una serie di servizi sui pretesi miglioramenti dei bambini trattati. A febbraio Le lene cominciano ad occuparsi del caso Stamina, con servizi settimanali che proseguiranno fino a giugno, riprendendo quindi a settembre.
- Il 6 marzo su Il Corriere della Sera il cantante Adriano Celentano scrive una lettera aperta al ministro della Salute Balduzzi in cui, riferendosi a una trasmissione del programma Le lene, prende le difese dei genitori che chiedono per i figli con gravi malattie distrofiche e neurodegenerative di accedere alla cura Stamina
- Il 7 marzo il ministro Balduzzi dichiara che la bambina Sofia, oggetto della trasmissione del programma Le lene, potrà continuare il preteso trattamento con le staminali, trattandosi di un caso particolare, ma non a Brescia. Dopo l'opposizione dei genitori di Sofia, il ministro concede la ripresa del trattamento a Brescia. Intanto Luca Zaia, presidente della Regione veneto, si offre di "curare" la piccola in una struttura veneta (Vicenza, Padova o Verona).
- Il 19 marzo il tribunale di Livorno autorizza il completamento della cura per Sofia (più avanti, in via definitiva, autorizzerà il trattamento anche oltre il primo ciclo di 5 infusioni, a discrezione del medico prescrittore).
- Il 15 marzo, tredici ricercatori ed accademici pubblicano una lettera indirizzata al ministro Balduzzi in cui criticano le modalità di gestione del caso Stamina e affermano che *"non rientra tra i diritti dell'individuo decidere quali terapie debbano essere autorizzate dal Governo, e messe in essere nelle strutture pubbliche o private"*.
- Il 21 marzo il Consiglio dei Ministri approva un decreto-legge che autorizza la prosecuzione dei trattamenti con cellule staminali mesenchimali già avviati nelle strutture pubbliche, anche se non conformi ai principi delle norme europee di buona fabbricazione dei medicinali, sotto la responsabilità del medico prescrittore.
- Il 10 aprile si tiene una manifestazione pro Stamina al Pantheon, a cui

intervengono il Sig. Giulio Golia de Le lene, la Sig.a Gina Lollobrigida e la senatrice PDL-Forza Italia Cinzia Bonfrisco.

- Il 5 maggio il direttore generale vicesegretario della Sanità della Regione Lombardia e paziente trattato da Stamina, Luca Merlino, interviene a Le lene per raccontare dei "benefici ottenuti".
- L'8 maggio i medici dell'Università di Brescia intervengono con una dichiarazione pubblica contro il trattamento Stamina mentre, il 10, l'Accademia nazionale dei Lincei approva a classi riunite un documento che invita il Parlamento a votare contro il decreto legge Balduzzi
- Il 20 maggio la Camera approva il decreto-legge n. 24 del 2013 e ratifica la sperimentabilità del metodo, stanziando a tal fine fino a 3 milioni di euro per gli anni 2013-2014.
- L'8 giugno il tribunale del lavoro di Livorno concede alla piccola Sofia di proseguire le cure anche oltre il primo ciclo di infusioni, a discrezione del medico prescrittore.
- Il 18 giugno il ministro Lorenzin firma il decreto per l'avvio della sperimentazione in data 1° luglio
- Il 12 luglio si tiene la prima riunione della Commissione scientifica per la sperimentazione del Metodo Stamina istituita dal Ministero della Salute.
- L'11 settembre i media anticipano la notizia della bocciatura della sperimentazione (ripresa anche da Science) da parte del Comitato Scientifico. Il 10 ottobre l'annuncio ufficiale da parte del ministro Lorenzin.
- Il 14 novembre il tribunale di Livorno concede la prosecuzione del trattamento oltre il ciclo previsto di 5 infusioni alla piccola Sofia, affetta da leucodistrofia metacromatica. Anche altri pazienti, alla conclusione del ciclo, faranno analoga richiesta ai giudici, complicando ulteriormente la già difficile situazione delle liste d'attesa degli Spedali Civili di Brescia,
- Il 4 dicembre il TAR del Lazio accoglie il ricorso di Vannoni contro la composizione del comitato ministeriale, perché vi sono membri che si erano già espressi contro Stamina e quindi non imparziali. La valutazione del preteso metodo Stamina dovrà quindi essere rifatta, con esperti indipendenti anche internazionali, o, qualora non si trovassero esperti

che non siano pronunciati in precedenza, che si siano espressi contro e a favore in pari numero.

- 2014. Il 22 gennaio i nove medici degli Spedali Civili di Brescia dell'*Internal Audit Stamina* si rifiutano di somministrare ulteriormente il trattamento Stamina, eccetto per quei singoli casi in cui ci sia una specifica ordinanza del tribunale.
- Contemporaneamente l'Unione Medici Italiani consiglia ai propri iscritti di *"astenersi dal praticare ulteriori trattamenti con il metodo Stamina proposti dalla direzione aziendale e sanitaria e dai propri diretti superiori gerarchici ancorché giustificati dagli accordi tra l'azienda e Stamina o dalle ordinanze della magistratura"*. L'obiezione tecnica dei medici alla somministrazione del preteso trattamento Stamina provoca dichiarazioni di prefigurazione di azioni penali nei loro confronti da parte di alcuni genitori di bambini malati.
- In aprile Davide Vannoni riceve un avviso di garanzia da parte della magistratura dello stato di San Marino in relazione alle attività poste in essere dalla società Re-wind Biotech
- Come per il 2013 anche il 2014 è caratterizzato da una serie di interventi della magistratura e di alcuni tribunali che si pronunciano positivamente su Stamina. Numerosi sono tuttavia i tribunali che esprimono parere negativo e che evidenziano come il magistrato debba attenersi al campo di sua competenza. Rilevante in questo quadro per la disamina scientifica contemplata, l'ordinanza del 10/03/2014 emessa dal giudice Vincenzo Ciocchetti del Tribunale di Torino che ricostruisce dal punto di vista storico e presenta la figura del "ciarlatano" (Ordinanza sul caso Stamina [tribunale ordinario di Torino, sezione Lavoro, decreto di rigetto n. 5647/2014 del 10/03/2014, RG n. 588/2014]).
- Il 23 aprile la stampa dà notizia della chiusura delle indagini preliminari condotte dal PM Raffaele Guarinello nei confronti di Vannoni e altri 12 indagati. Le ipotesi di reato sono: associazione per delinquere, commercio e somministrazione di medicinali imperfetti, somministrazione di medicinali in modo pericoloso per la salute pubblica, truffa aggravata,

abuso d'ufficio, esercizio abusivo di professione, peculato, ingiuria, sostituzione di persona e trattamento illecito di dati personali per fatti commessi dal novembre 2006.

- All'inizio di giugno suscita scalpore la decisione del presidente del tribunale di Pesaro, Mario Perfetti, di nominare Commissario ad acta il dottor Marino Andolina, indagato dalla Procura di Torino per associazione a delinquere finalizzata alla truffa e autorizzato da un tribunale della Repubblica ad effettuare su un malato (minorenne) quegli stessi interventi per i quali risulta indagato.
- Il Tribunale dell'Aquila ordina le infusioni su Noemi, bimba di 2 anni affetta da SMA1, indicando tempi, modalità e il capo dell'equipe che dovrà eseguire il trattamento con le strutture e le apparecchiature degli Spedali Civili di Brescia. L'ordinanza del tribunale aquilano nomina per l'esecuzione del trattamento la dott.ssa Erica Molino, biologa di riferimento della *Stamina Foundation* di Davide Vannoni, di cui era emersa nel febbraio del medesimo anno la non iscrizione all'albo dei biologi.

Credo opportuno riportare come commento a tutto ciò quanto affermato dalla senatrice Elena Cattaneo (e riportato dalla Stampa del 5 giugno 2014) **"Mi domando se magistrati che ordinano di trasfondere preparati di cui essi non conoscono il contenuto, i cui consulenti tecnici spesso sono i medesimi che hanno ritrattato le diagnosi sui pazienti quando interrogati dalla procura di Torino, non possano essere oggetto di un intervento di approfondimento del Consiglio Superiore della Magistratura o del Ministro della Giustizia"**.<sup>(7)</sup>

A conferma del fatto che non ci troviamo di fronte ad errori sporadici di singoli magistrati ma di un problema più organico riporto, anche, quanto scritto nella sezione 1.5.4. della già citata commissione di inchiesta del Senato (intitolata: **Le ordinanze di**

**accoglimento della magistratura nel caso Stamina**) *"Infine per dare la dimensione quantitativa del fenomeno giudiziario realizzatosi, la Commissione Igiene e Sanità ha assunto dall'Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia i seguenti dati aggiornati al 30 settembre 2014:*

*Il numero complessivo dei ricorsi d'urgenza ai sensi degli articoli 669-duodecies e 700 del codice di procedura civile è stato di 522 (61 riproposti dal medesimo paziente) di questi:*

- a) 182 hanno esitato in decreti/ordinanze a favore somministrazione con "metodo" Stamina;*  
*b) 49 hanno esitato in decreti/ordinanze a favore di Stamina con vincolo di produzione in cell factories;*  
*c) 227 sono stati rigettati;*  
*...."*

#### **Un nuovo terreno di scontro: i vaccini**

Come abbiamo visto precedentemente, il terreno di intervento preferito di queste vicende è stato storicamente quello delle "cure miracolose"; da alcuni anni a questo si è, inserito un ambito, se possibile, anche più pericoloso: quello della presunta pericolosità dei vaccini.

Il metodo utilizzato è lo stesso e dimostra come le tragiche cantonate precedenti non solo non sono state metabolizzate ed acquisite come riflessione popperiana sugli errori compiuti ma sono state serenamente dimenticate.

C'è, però, una differenza sostanziale rispetto al capitolo delle cure miracolose ed è che mentre negli ambiti precedenti alcuni magistrati assumevano su di sé il compito di definire l'efficacia di "nuovi interventi" ora contestano dall'alto della loro "autorità" pratiche mediche già passate al vaglio, con esito positivo, delle prove di efficacia della comunità scientifica internazionale.

Viene così ribadito, in altri termini, il concetto che la vera realtà scientifica ha un vero, ultimo e solo luogo di discussione: l'aula dei tribunali e non il contesto e le organizzazioni scientifi-

che che liberamente dibattono e valutano l'evidenza delle prove scientifiche raccolte e vagliate.

L'attenzione di diversi magistrati nazionali si è, in particolare, concentrata sul presunto rapporto fra vaccinazione antimorbillosa ed autismo.

A questo proposito, per meglio cogliere il vuoto che intercorre fra questi magistrati ed il mondo reale e valutare la loro vulnerabilità nell'essere influenzati da opinioni fasulle orchestrate da campagne di stampa, è utile ricostruire la cronistoria di questa "bufala".<sup>(8)</sup>

Nel 1998 Andrew Wakefield, gastroenterologo britannico, pubblicò su *Lancet* un articolo in cui analizzava la correlazione tra vaccino trivalente (morbillo, parotite e rosolia), la malattia infiammatoria intestinale e autismo sulla base in uno studio condotto su 12 bambini ricoverati al Royal Free Hospital di Londra.

Fu l'inizio di un clamore mediatico impressionante per vari motivi: la notizia veniva riportata da una delle riviste mediche più autorevoli del mondo, riguardava una malattia diffusa e dalle cause poco note e concerneva vaccinazioni cui sono sottoposti ogni anno milioni di bambini.

L'articolo non sosteneva tuttavia che il vaccino fosse direttamente responsabile dell'autismo, dichiarava espressamente che non era stato dimostrato un legame tra la vaccinazione ed i sintomi della malattia e sottolineava che erano necessari altri approfondimenti.

Fu Wakefield in persona, all'epoca medico al Royal Free Hospital, a gonfiare il rischio in una conferenza stampa in cui dichiarò che il legame autismo-vaccino era probabile ed in cui mise in guardia i genitori consigliando loro di sospendere la tradizionale vaccinazione trivalente.

Nonostante all'epoca risultasse privo di fondamento il legame tra autismo e MMR, i media propagarono la notizia; ne nacque una campagna mediatica che dall'Inghilterra in poco tempo si

(7) SENATO DELLA REPUBBLICA. DOCUMENTO APPROVATO DALLA 12ª COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità) nella seduta del 18 febbraio 2015. Relatori CATTANEO e D'AMBROSIO LETTIERI A CONCLUSIONE DELL'INDAGINE CONOSCITIVA SU ORIGINE E SVILUPPO DEL COSIDDETTO CASO STAMINA

(8) Guendalina Allodi, MMR e autismo. La truffa svelata, Salute Internazionale, inserito da Redazione SI on 20 settembre 2010. <http://www.saluteinternazionale.info/2010/09/mmr-e-autismo-la-truffa-svelata/>

diffuse in tutto il mondo accusando le ditte farmaceutiche ed il governo inglese di sottostimare i pericoli legati alle vaccinazioni.

Lo studio di Wakefield porto' ad una ripresa del movimento anti-vaccinazioni, soprattutto negli Stati Uniti e in Inghilterra.

Nell'intero Regno Unito le percentuali dei bambini vaccinati scesero dal 93% al 75% e solo a Londra crollarono al 50%. Le conseguenze non si fecero attendere: dai 56 casi di morbillo del 1998, in Gran Bretagna e Galles si arrivò ai 1.348 del 2008 con due decessi direttamente causati dal morbillo.

Fin dal 2003 l'OMS aveva dichiarato che non c'erano prove per suggerire che il vaccino trivalente fosse responsabile dell'autismo e tale dichiarazione è risultata confermata e rafforzata dall'analisi pubblicata in tempi recenti dalla *Cochrane Collaboration*.

Nel 2010 una commissione disciplinare dell'Ordine dei medici britannico (General Medical Council, GMC), dopo cinque anni di indagini, stabilì che Wakefield aveva commesso reati gravi, tenendo un "comportamento disonesto ed irresponsabile ed ha mostrato insensibilità ed indifferenza per il dolore e la sofferenza dei bambini oggetto dello studio".

Nel rapporto del GMC si legge inoltre che Wakefield ha "rovinato la reputazione della professione medica".

Wakefield non è finito sotto processo per l'inattendibilità del suo studio: ciò che gli è stato contestato è di aver deliberatamente falsificato i dati per torneraconto personale.

Già nel 2001 le insinuazioni di truffa erano divenute così insistenti che egli fu costretto a dimettersi dopo 14 anni di servizio nello stesso ospedale, ma il retroscena più inquietante emerse nel 2004, quando uno stretto collaboratore lo accusò di corruzione dimostrando che il medico aveva percepito denaro da parte di avvocati impegnati nelle class action di genitori con bambini autistici. In cambio di denaro Wakefield avrebbe manipolato le prove per agevolare la vittoria delle cause di risarcimento intentate contro le case farmaceutiche.

In seguito a tali rivelazioni la rivista *Lancet* ripudiò lo studio incriminato, definendolo "fatalmente fraudolento".

Il 3 febbraio 2010, *Lancet* ha deciso di

eseguire una ritrattazione ufficiale dello studio che nel 1998 aveva presentato come serio, rigoroso e, soprattutto, come scientificamente dimostrato.

Riassunto quanto e' successo, torniamo alla cronaca vediamo cosa e' successo e cosa sta tuttora succedendo.

#### • 2012 Tribunale di Rimini:

Nel 2012 un giudice del lavoro del Tribunale di Rimini emette, a conclusione di un processo, una sentenza pesantissima sul rapporto fra autismo e vaccinazione.

*"Il tribunale ordinario di Rimini... accertato che (...) è stato danneggiato da complicità di tipo irreversibile a causa di vaccinazione (profilassi trivalente MPR) con diritto all'indennizzo di cui agli artt. 1 e 2 della legge n. 210 del 1992 (assegno vitalizio reversibile per quindici anni), condanna il Ministero della Salute in persona del ministro in carica a corrispondere a (...) l'indennizzo..."*

Nel 2015, il 2 marzo, la Corte d'Appello di Bologna ribaltata questa sentenza accogliendo il ricorso avanzato dal Ministero della Salute.

#### • 2014 Procura di Trani

Nel frattempo non poteva esimersi dall'intervenire la Procura di Trani che annunciava l'avvio di una sua indagine epidemiologica per verificare l'eventuale correlazione fra autismo e vaccini "affidata a un pool di esperti (un medico legale, un neurologo e un neuropsichiatra infantile) anche a livello internazionale." (La Stampa, mercoledì 21 maggio 2014)

A questo fine, nel giugno 2014 il Tribunale di Trapani invia i NAS ad ispezionare il Ministero della Salute.

#### • 2014 Tribunale del lavoro di Milano

A fine novembre 2014 (notizia riportata dalla stampa nazionale il 25) il Tribunale del Lavoro di Milano (Giudice Nicola De Leo) ha firmato una sentenza che condanna il Ministero della Salute a versare un vitalizio ad un bambino autistico dato che "sarebbe acclarata la sussistenza di un nesso causale fra tale vaccinazione (una vaccinazione eseguita nel 2006 con vaccino esavalente) e la malattia".

Prima di rivolgersi al giudice i genitori del bambino, che ha nove anni e a cui l'autismo è stato diagnosticato nel 2010, avevano presentato, nel 2011, al Ministero della Salute, una domanda di indennizzo che era stata respinta.

Gli interventi della magistratura in quest'ambito sono stati particolarmente nocivi dato che hanno ostacolato gli sforzi della sanità pubblica del Paese di raggiungere i tassi di copertura vaccinale antimorbillosa definiti dall'Organizzazione mondiale della sanità e dalla Comunità europea ed hanno fornito un prezioso aiuto alle irresponsabili campagne contro le vaccinazioni condotte da gruppi di antivaccinatori.

**Conclusioni:** I quattro episodi descritti sono solo alcuni, anche se i più eclatanti, di molti altri casi in cui nel nostro Paese, prima e dopo quelli descritti, false verità sostenute da una parte dei media, della politica e della magistratura hanno soverchiato le evidenze scientifiche disponibili.

Vanno almeno citati:

- la denuncia della procura di Roma alla virologa Ilaria Capua, nel 2006, con le imputazioni di associazione a delinquere, epidemia e tentata epidemia;
- la denuncia, del 2008, della procura della Repubblica di Torino nei confronti del Dott. Nello Martini, allora direttore dell'AIFA con l'accusa di attentato alla Salute Pubblica (disastro colposo) per mancato aggiornamento di una ventina di foglietti illustrativi di altrettante specialità medicinali;
- L'ordinanza del 2015 del procuratore di Lecce con il sequestro di tutti gli ulivi colpiti da *Xylella fastidiosa* che avrebbero dovuto essere eradicati in Salento e gli avvisi di garanzia destinati a tre ricercatori che avevano scritto lavori sul fenomeno.

Tutti provvedimenti che, come costume, si conclusero con un nulla di fatto ma che avevano, nel frattempo, danneggiato, ancora una volta l'immagine del Paese, i suoi abitanti e la comunità scientifica.

Bisogna, d'altro canto, ricordare che, negli episodi che ho descritto, le istituzioni scientifiche del SSN, gruppi di medici universitari, società scientifi-

che, la Federazione degli Ordini dei Medici e perfino l'Accademia dei Lincei non hanno sempre subito passivamente queste "invasioni di campo" ma hanno manifestato apertamente il loro dissenso.

In questi tentativi di reazione sta forse la chiave della terapia che ci serve.

Se queste posizioni fossero state più ampie, coordinate e condotte con più determinazione è probabile che il risultato finale sarebbe stato diverso.

Chiudo citando una frase di Alexis De Toqueville che ci indica proprio questa strada:

*Un'associazione politica, industriale, commerciale o anche scientifica e letteraria è come un cittadino illuminato e potente, che non si lascia piegare a volontà né opprimere nell'ombra e che nel difendere i suoi diritti particolari contro le esigenze del potere salva le libertà comuni.*

## Allarme medici di base in Italia: cosa rischiamo

In Italia la progressiva carenza di assistenza primaria dei medici di base si fa sempre più preoccupante. **Ad oggi nel territorio ci sono in media circa 1400 abitanti per medico di famiglia.** Nei prossimi sette anni il numero di coloro che andrà in pensione supererà in modo drastico quello di chi accede alla professione negli ambulatori. Il problema è emerso già nel corso dell'ultimo decennio: siamo passati dai 45.500 medici di base del 2012 ai quasi 44.400 del 2016, fino ai 40.700 dello scorso anno. Una situazione che sarebbe conseguenza da una parte di un'inadeguata programmazione, dall'altra del crollo demografico ormai strutturale.

Il numero dei pazienti distribuiti tra i medici di base varia di regione in regione: al Nord i carichi risultano più elevati rispetto al Centro e al Sud. In generale, secondo i dati forniti dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Agenas), se in media **nel Settentrione ogni medico assiste 1.326 persone, il numero scende per le aree centrali (1.159) e Meridionali (1.102).**

Complessivamente la platea da soddisfare ammonterebbe a circa 50 milioni. Stando agli accordi collettivi nazionali ogni sanitario di assistenza primaria può assistere fino a 1500 persone, ma in alcune parti il limite è stato aumentato. È il caso per esem-

pio del Veneto, dove la soglia è stata incrementata a 1800.

Nel dettaglio, le regioni con il maggior numero di assistiti per medico di base sono Trentino-Alto Adige (1.454) e Lombardia (1.408). Le ultime sono invece Calabria (1.055), Basilicata (1.052) e Umbria (1.049). Rispetto ai maggiori Paesi europei l'Italia soffre di un'età media particolarmente elevata tra i camici bianchi. Secondo le stime dell'Eurostat sono circa 1,8 milioni i medici in servizio nell'Unione Europea e di questi 240.000 stanno nel Belpaese.

Una cifra che ci vede secondi soltanto alla Germania. Tuttavia, i nostri sono tra i più anziani. La percentuale di **età pari o superiore a 55 anni raggiunge in Italia il picco del 54%**, mentre è compresa tra il 42% e il 49% in Ungheria, Lussemburgo, Cipro, Germania, Belgio, Francia, Lettonia, Estonia e Bulgaria, ed è più bassa del 42% nei restanti Paesi dell'Unione Europea.

Per compensare alla preoccupante carenza dei medici di base prevista per i prossimi anni verranno in aiuto i fondi del Piano nazionali di ripresa e resilienza, che permetteranno di finanziare ben **900 borse di formazione aggiuntive ogni anno fino al 2025** per l'accesso alla professione, rimediando in parte a una programmazione non adeguata.

Tuttavia, la specializzazione dura tre anni e la situazione appare già critica. Tra il 2022 e il 2028 si stima che la differenza tra medici di base in uscita e in entrata sia tra 9.200 e 12.400 unità, ma il deficit emergerebbe già nei prossimi due anni con un saldo tra 7.700 e 13.600 unità. Perciò se l'annunciato finanziamento va verso la direzione giusta, risulta comunque inadeguato rispetto alle esigenze: il deficit non verrebbe colmato.

A parte la criticità nella programmazione del fabbisogno nazionale di medici di base, resta il problema del crollo demografico che ha travolto l'Italia. Una situazione che rende complicato il rimpiazzo non solo dei professionisti sanitari, ma di tutti i lavoratori che vanno in pensione.

Fino alla fine degli anni Ottanta ogni anno raggiungevano l'età lavorativa quasi un milione di persone l'anno. Nel 2022 compiono 20 anni i classe 2002, che sarebbero circa 500mila. E dovrebbero invece toccare l'età pensionabile almeno 800mila persone.

Se il numero di coloro che vanno in pensione è maggiore di quelli che entrano nel mondo del lavoro, è chiaro che il ricambio generazionale risulta insufficiente. Il rischio è quindi di avere sempre meno medici di base per troppi pazienti, alterando il sistema di assistenza primaria su tutto il territorio.

FONTE: QUIFINANZA.IT

# SSN, rapporto Gimbe

**In 3 anni + 11,2 miliardi di euro alla sanità, ma erosi dalla pandemia. Nella spesa sanitaria pubblica pro-capite l'Italia è al 16° posto in Europa e ultima tra i Paesi del G7**

La Fondazione GIMBE ha presentato presso la Sala Capitolare del Senato della Repubblica il 5° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN): «All'alba della nuova Legislatura - esordisce il Presidente Nino Cartabellotta - la Fondazione GIMBE ribadisce con fermezza l'urgente necessità di rimettere la sanità al centro dall'agenda politica, perché il diritto costituzionale alla tutela della salute non può essere ostaggio dell'avvicendamento dei Governi. In una fase di grave crisi internazionale, che impone alla politica sfide estremamente ardue, occorre tenere i riflettori accesi sul rischio concreto di perdere, lentamente ma inesorabilmente, un modello di servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza e la dignità di tutte le persone; e, senza una chiara visione sul futuro della sanità pubblica, di mancare la straordinaria opportunità offerta dal PNRR per rilanciare il SSN».

## LO STATO DI SALUTE DEL SSN

Le analisi indipendenti condotte nell'ambito della campagna #Salvia-moSSN da quasi dieci anni documentano costantemente la grave crisi di sostenibilità del SSN. «Ben prima dello scoppio della pandemia - ricorda il Presidente - la Fondazione GIMBE aveva rappresentato il SSN come un paziente cronico affetto da varie patologie che ne compromettevano lo stato di salute»: l'imponente definanziamento pubblico di circa € 37 miliardi nel decennio 2010-2019; l'incompiuta del DPCM sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che aveva ampliato prestazioni e servizi a carico del SSN senza la necessaria copertura finanziaria; gli sprechi e le inefficienze a livello politico, organiz-

zativo, professionale; l'espansione incontrollata dell'intermediazione assicurativo-finanziaria. «Un grave stato di salute - aggiunge Cartabellotta - ulteriormente compromesso da due "fattori ambientali" che rendevano poco salubre l'habitat del SSN: da un lato la non sempre leale collaborazione Stato-Regioni, dall'altro le aspettative spesso irrealistiche di cittadini e pazienti».

In questo contesto la pandemia COVID-19 ha confermato il cagionevole stato di salute del SSN, facendo emergere soprattutto l'imponente depauperamento del personale sanitario e la fragilità dell'assistenza territoriale, oltre che l'incapacità di attuare un'unica catena di comando. «Tuttavia se nel pieno dell'emergenza tutte le forze politiche convergevano sulla necessità di potenziare e rilanciare il SSN - chiosa il Presidente - progressivamente la sanità è stata nuovamente messa all'angolo, come emerge anche dalla recente analisi GIMBE sui programmi elettorali».

Il 5° Rapporto GIMBE dimostra che, di fatto, patologie e fattori ambientali che condizionavano lo stato di salute del SSN nell'era pre-COVID sono rimasti sostanzialmente irrisolti, fatta eccezione per il netto rilancio del finanziamento pubblico, che l'emergenza sanitaria ha al tempo stesso imposto ed eroso. «Peraltra, se oggi la pandemia non ha ancora mollato la presa - precisa Cartabellotta - presenta già il conto dei suoi effetti a medio-lungo termine»: dal ritardo nell'erogazione di prestazioni chirurgiche, ambulatoriali e di screening che hanno ulteriormente allungato le liste di attesa, all'impatto sul SSN di nuovi bisogni di salute, in particolare long-COVID e salute mentale. Ma soprattutto l'ulteriore indebolimento del personale sanitario: pensionamenti anticipati, burnout e demotivazione, licenziamenti volontari e fuga verso il privato lasciano sempre più scoperti

settori chiave del SSN, in particolare i Pronto Soccorso, e deserti i numerosi concorsi. Per far fronte alla domanda di personale si ricorre così ad insolite modalità: cooperative di servizi, reclutamento di medici in pensione e chiamate di medici dall'estero. «Considerato che i consistenti investimenti per nuovi specialisti e medici di famiglia daranno i loro frutti non prima rispettivamente di 5 e 3 anni - spiega il Presidente - il nodo del personale sanitario è entrato nella sua fase più critica che richiede soluzioni straordinarie in tempi brevi».

## LE PRIORITÀ POLITICHE PER IL NUOVO ESECUTIVO

A fronte delle rilevanti criticità del SSN, il Rapporto punta i riflettori sull'irripetibile occasione di svolta: oggi infatti le sfide della transizione digitale e dell'approccio One Health incrociano la fine della stagione dei tagli e, soprattutto, le grandi opportunità offerte dal PNRR, un "prezioso organo da trapiantare in un paziente con malattie multiple". «Al fine di centrare i due obiettivi chiave della Missione 6 - spiega il Presidente - ovvero ridurre le disuguaglianze regionali ed ottenere il massimo ritorno di salute dalle risorse investite, è necessario predisporre le adeguate contromisure per fronteggiare le criticità che ostacolano l'attuazione del PNRR».

Criticità di implementazione che riguardano vari ambiti: differenze regionali (modelli organizzativi e performance dell'assistenza territoriale, attuazione del fascicolo sanitario elettronico), carenza di personale, eterogeneità delle modalità contrattuali vigenti sul territorio, scarsa attitudine alla collaborazione inter-professionale, offerta del privato accreditato, analfabetismo digitale di professionisti sanitari e cittadini, tempi di attuazione della legge delega sugli appalti pubblici, carico amministrativo di Regioni e Aziende sanitarie, aumento dei costi delle materie prime e, soprattutto, dell'energia.

«Considerato che dal programma della coalizione di centro-destra, dove convivono anime nazionaliste e spinte regionaliste, emergono solo proposte frammentate senza alcun piano di rilancio del SSN – precisa Cartabellotta – il Rapporto si concentra sulle tematiche politiche il cui indirizzo è fondamentale per determinare il destino del SSN».

- **Finanziamento pubblico.** Rispetto agli € 8,2 miliardi del decennio 2010-2019, dal 2020 ad oggi è passato da € 113.810 miliardi a € 124.960 miliardi, un aumento di ben € 11,2 miliardi di cui € 5,3 miliardi assegnati con decreti COVID-19. «Se formalmente la stagione dei tagli alla sanità può ritenersi conclusa – precisa Cartabellotta – è evidente che il netto rilancio del finanziamento pubblico è stato imposto dall'emergenza pandemica e non dalla volontà politica di rafforzare in maniera strutturale il SSN». Una mancata intenzione confermata dalle previsioni del DEF 2022 e della NaDEF 2022 che nel triennio 2023-2025 prevedono una riduzione della spesa sanitaria media del 1,13% per anno e un rapporto spesa sanitaria/PIL che nel 2025 precipita al 6,1%, ben al di sotto dei livelli pre-pandemia. Nonostante le maggiori risorse investite, il confronto internazionale restituisce risultati simili a quelli dell'era pre-

COVID: nel 2021 la spesa sanitaria totale in Italia è sostanzialmente pari alla media OCSE in termini di percentuale di PIL (9,5% vs 9,6%), ma inferiore come spesa pro-capite (\$4.038 vs \$ 4.435). Soprattutto, la spesa pubblica pro-capite nel nostro Paese è ben al di sotto della media OCSE (\$ 3.052 vs \$ 3.488) e in Europa ci collochiamo al 16° posto: ben 15 Paesi investono di più in sanità, con un gap dai \$ 285 della Repubblica Ceca ai \$ 3.299 della Germania. «Francamente impietoso – commenta il Presidente – il confronto con i paesi del G7 sulla spesa pubblica: dal 2008 siamo fatalino di coda con gap sempre più ampi e oggi divenuti incolmabili».

- **Livelli Essenziali di Assistenza.** Il Rapporto affronta le criticità relative ad aggiornamento, esigibilità e monitoraggio dei LEA. Innanzitutto non si è mai concretizzato il loro aggiornamento continuo per mantenere allineate le prestazioni all'evoluzione delle conoscenze scientifiche; in secondo luogo, le nuove prestazioni di specialistica ambulatoriale e protesica non sono esigibili su tutto il territorio nazionale perché il cd. "Decreto Tariffe" non è mai stato approvato per carenza di risorse economiche; infine il Nuovo Sistema di Garanzia, la nuova "pagella" con cui lo Stato darà i "voti" alle Regioni, non è affatto uno specchio fedele per valutare

la qualità dell'assistenza. «A quasi sei anni dal DPCM che ha istituito i "nuovi LEA" – precisa Cartabellotta – le disuguaglianze regionali, in termini di esigibilità di prestazioni e servizi a carico del SSN, non dipendono solo dalle capacità di erogazione delle Regioni, ma affondano nell'impianto istituzionale di aggiornamento e verifica dei LEA. Un impianto che richiede una profonda revisione di responsabilità, metodi e strumenti, perché l'esigibilità di servizi e prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale non rimanga solo sulla carta».

- **Regionalismo differenziato.** Il Rapporto analizza in dettaglio le maggiori autonomie richieste in sanità da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Se alcune oggi rappresenterebbero uno strumento per fronteggiare la grave carenza di personale sanitario da estendere in tutto il Paese, altre rischiano di sovvertire totalmente gli strumenti di governance nazionale, altre ancora risultano francamente "eversive". «La Fondazione GIMBE invita il nuovo Esecutivo a maneggiare con cura il regionalismo differenziato in sanità – puntualizza Cartabellotta – perché l'attuazione tout court delle maggiori autonomie richieste non potrà che esasperare le disuguaglianze regionali, ampliando il divario tra Nord e Sud del Paese».

## 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.*

## IL PIANO DI RILANCIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

La Fondazione GIMBE ha da sempre ribadito che, se da un lato non esiste un piano occulto di smantellamento e privatizzazione del SSN, dall'altro manca un esplicito programma politico per il suo salvataggio. Al fine di orientare le decisioni politiche nella nuova Legislatura, il Rapporto contiene «un piano – spiega Cartabellotta – finalizzato non a una manutenzione ordinaria per una stentata sopravvivenza del SSN, ma all'attuazione di riforme e innovazioni di rottura per il rilancio definitivo di un pilastro fondante della nostra democrazia».

### • LA SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE

Mettere la salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali (health in all).

### • APPROCCIO ONE HEALTH

Attuare un approccio integrato alla gestione della salute, perché la salute dell'uomo, degli animali, delle piante e dell'ambiente, ecosistemi inclusi, sono strettamente interdipendenti.

### • GOVERNANCE STATO-REGIONI

Rafforzare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, nel rispetto delle loro autonomie, per ridurre disuguaglianze, iniquità e sprechi.

### • FINANZIAMENTO PUBBLICO

Rilanciare il finanziamento pubblico per la sanità in maniera consistente e stabile, al fine di allinearla alla media dei paesi europei.

### • LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Garantire l'uniforme esigibilità dei LEA in tutto il territorio nazionale, il loro aggiornamento continuo e rigoroso monitoraggio, al fine di ridurre le disuguaglianze e rendere rapidamente accessibili le innovazioni.

### • PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI

Programmare l'offerta di servizi sanitari in relazione ai bisogni di salute della popolazione e renderla disponibile tramite reti integrate che condividono percorsi assistenziali, tecnologie e risorse umane, al fine di superare la dicotomia ospedale-territorio e quella tra assistenza sanitaria e sociale.

### • PERSONALE SANITARIO

Rilanciare le politiche sul capitale umano in sanità: investire sul personale sanitario, programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari, riformare i processi di formazione e valutazione delle competenze, al fine di valorizzare e motivare la colonna portante del SSN.

### • SPRECHI E INEFFICIENZE

Ridurre gli sprechi e le inefficienze che si annidano a livello politico, organizzativo e professionale, al fine di reinvestire le risorse recuperate in servizi essenziali e vere innovazioni, aumentando il valore della spesa sanitaria.

### • RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO

Disciplinare l'integrazione pubblico-privato secondo i reali bisogni di salute della popolazione e regolamentare la libera professione per evitare disuguaglianze e iniquità di accesso.

### • SANITÀ INTEGRATIVA

Avviare un riordino legislativo della sanità integrativa al fine di arginare fenomeni di privatizzazione, aumento delle disuguaglianze, derive consumistiche ed erosione di risorse pubbliche.

### • TICKET E DETRAZIONI FISCALI

Rimodulare ticket e detrazioni fiscali per le spese sanitarie, secondo principi di equità sociale e prove di efficacia di farmaci e prestazioni, al fine di evitare sprechi di denaro pubblico e ridurre il consumismo sanitario.

### • TRANSIZIONE DIGITALE

Diffondere la cultura digitale e promuovere le competenze tecniche tra professionisti sanitari e cittadini,

al fine di massimizzare le potenzialità delle tecnologie digitali e di migliorare accessibilità ed efficienza in sanità e minimizzare le disuguaglianze.

### • INFORMAZIONE AI CITTADINI

Potenziare l'informazione istituzionale basata sulle migliori evidenze scientifiche, al fine di promuovere sani stili di vita, ridurre il consumismo sanitario, aumentare l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione, contrastare le fake news e favorire decisioni informate sulla salute.

### • RICERCA SANITARIA

Destinare alla ricerca clinica indipendente e alla ricerca sui servizi sanitari un importo pari ad almeno il 2% del fabbisogno sanitario nazionale standard, al fine di produrre evidenze scientifiche per informare scelte e investimenti del SSN.

«A fronte di criticità globali quali crisi economica ed energetica, cambiamenti climatici e pandemia – conclude Cartabellotta – la politica deve saper cogliere le grandi opportunità per rilanciare il SSN: fine della stagione dei tagli alla sanità, PNRR, transizione digitale, approccio One Health. Un rilancio che il nostro Paese merita e che, con la collaborazione di tutti gli stakeholder, è in grado di realizzare per garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute a tutte le persone. Un diritto fondamentale che, silenziosamente, si sta trasformando in un privilegio per pochi, lasciando indietro le persone più fragili e svantaggiate. Perché se la Costituzione tutela la salute di tutti, la sanità deve essere per tutti».

FONTE: GIMBE



## Vaccino Covid. Scotti: per i medici sia obbligo deontologico

"La vaccinazione dei medici dovrebbe essere un problema dell'Ordine professionale, una questione deontologica e non di legge.

Ho sempre pensato che non dovesse essere necessaria una norma per un'azione che dovrebbe essere parte integrante delle responsabilità del medico, che deve proteggere la salute del suo paziente anche vaccinandosi. Il fatto che sia stata necessaria una legge per costringere dei professionisti a immunizzarsi è una sconfitta del sistema ordinistico". A dirlo all'Adnkronos Salute è Silvestro Scotti, segretario nazionale della Federazione dei medici di medicina generale (Fimmg), in merito al reintegro degli operatori sanitari che non si sono vaccinati contro Covid-19.

Nel momento in cui cesserà l'obbligo di legge, per Scotti "dovrebbe essere elevata l'attenzione degli Ordini - in termini formativi e informativi - su

quale sia il comportamento etico di un medico rispetto al tema della vaccinazione.

Credo che a questo punto sia necessaria una discussione all'interno della categoria, per stabilire se è etico fare il medico senza fare vaccinazioni che possono evitare di esporre i pazienti a rischi. Non farle non protegge il medico, ma soprattutto non tutela il paziente. Serve arrivare ad una sintesi che renda chiaro il Codice deontologico su questo punto. Altrimenti - avverte il segretario Fimmg - lasciamo un sistema poco chiaro che ha determinato la necessità di una legge esterna".

"Sulle vaccinazioni quest'anno stiamo già registrando un certa resistenza anche per quella antinfluenzale. Questo tema, per quanto riguarda il Covid, deve essere affrontato con attenzione e delicatezza, evitando che da discussione scientifica si trasformi

sempre più in discussione politica, soprattutto in un periodo di campagna vaccinale per l'influenza, perché si rischia di confondere le persone su provvedimenti in merito".

I provvedimenti di stop all'obbligo per il vaccino anti-Covid, sono "riferiti solo agli operatori sanitari, perché non vige nessun altro obbligo al momento, ma serve tener conto della percezione e degli effetti se la questione si sposta dal piano scientifico".

"Aprire una discussione su questo tema - continua - in una fase in cui è attiva la campagna vaccinale contro l'influenza ha un impatto concreto sui cittadini.

Con effetti che vediamo già: gli assistiti sono più restii a vaccinarsi rispetto ai due anni precedenti", dice Scotti rimarcando che "la trasformazione in tema politico, in discussione pubblica, della vaccinazione anti-Covid ha effetto su tutte le altre".

## Medici e dentisti quattro volte più fedeli all'Italia

In comitiva al sole dei Caraibi e all'ombra del Fisco? La risposta è no, perché a conti fatti sono pochi, decisamente pochi i medici e dentisti che hanno abbandonato l'Italia per trasferirsi all'estero a fine carriera. Ancora meno quelli che hanno trasferito la residenza per approdare a regimi fiscali talvolta più leggeri. Questi ultimi sono in pratica solo tre pensionati Enpam su mille, un dato che diagnostica

l'assenza di emorragie di camici a fine carriera e tanto meno di imposte in fuga dalle casse dell'erario.

### MEDICI PIÙ FEDELI ALL'ITALIA

Se qualcuno aveva intenzione di ricambiare sulla categoria in camice rimarrà deluso, perché rispetto ad altre categorie di lavoratori, medici e dentisti dimostrano una grandissima fedeltà all'Italia anche in campo fiscale.

Tanto per fare un parallelo, i pensionati Enpam che hanno preso la via di di Paesi stranieri sono 1.093 su un totale di 143.210. Vale a dire che solo lo 0,76 per cento tra medici, dentisti e familiari superstiti risulta residente all'estero: uno ogni 131 pensionati Enpam.

Sono ancora meno quelli che non pagano le imposte in Italia grazie alle convenzioni internazionali per evitare la doppia imposizione fiscale.

Sono infatti 484 i pensionati che godono di un regime fiscale differente, generalmente più leggero. Il dato rappresenta un marginale 0,33 per cento, un medico pensionato ogni 296 o, come detto in altri termini, solo tre su mille.

Stando ai dati disponibili sul sito istituzionale, in casa Inps è molto più alta l'incidenza dei pensionati all'estero. L'ente previdenziale pubblico paga pensioni all'estero in circa 165 paesi e i pensionati oltre confine pesano per il 2,4 per cento sul totale degli assegni versati. L'Inps comunica inoltre attraverso il proprio ufficio stampa, che nel periodo d'imposta 2021, risultano re-

sidenti fiscalmente all'estero 365.251 soggetti beneficiari di pensioni erogate dall'Inps, di cui circa il 16 per cento sono state esentate da imposizione fiscale in Italia. Significa che sono circa 58mila i pensionati Inps a non pagare l'Irpef in Italia.

Fatte le dovute proporzioni, è quindi ragionevole concludere che l'incidenza dei medici e dentisti pensionati che decidono di stabilirsi all'estero è circa un quarto di quella che interessa altre categorie professionali.

#### DOVE SONO I CAMICI OLTRE CONFINE

I medici e dentisti pensionati residenti

all'estero sono dislocati in 79 Paesi. Sono invece 41 gli Stati che ospitano i pensionati "detassati", che godono del regime di esenzione Irpef e che quindi non pagano in Italia l'imposta sulle persone fisiche.

Su tutti è il Portogallo a ospitare il numero maggiore dei camici che hanno ottenuto l'esenzione dalla tassazione italiana. Oltre uno su cinque del totale risponde infatti alle regole fiscali di Lisbona. Gli altri Paesi in cima alla lista sono Svizzera, Tunisia, Spagna, Germania e Stati Uniti.

ANTIOCO FOIS

## Scotti (FIMMG): "Servirà un Ministro 'politicamente' forte, capace di portare sul tavolo del Governo i principi dell'articolo 32 della Costituzione"

Modelli organizzativi del territorio e PNRR al servizio del cittadino, la proposta della Medicina Generale: questi i temi principali del 79° Congresso Nazionale FIMMG-METIS, in corso di svolgimento in Sardegna a Villasimius.

La prevenzione in medicina generale verrà affrontata con la presentazione delle attività della Scuola nazionale di vaccinologia e della Società italiana di medicina di prevenzione e degli stili di vita.

Grande spazio viene dedicato anche allo sviluppo di percorsi per la gestione delle persone affette da patologie croniche – che in Italia sono quasi 20 milioni – attraverso un approfondimento delle più recenti terapie del diabete, delle malattie cardiovascolari e respiratorie.

Entra maggiormente nel dettaglio il Segretario Generale, Silvestro Scotti, durante l'intervista rilasciata ad AN-DIOGGI.

Questo Congresso – dichiara Scotti – avviene in un momento molto importante, in quanto ci troviamo in una fase di grande transizione politica, sebbene rimanga stabile la relazione con il soggetto di riferimento per la nostra categoria, che sono le Regioni. Chiaramente, però, sono gli indirizzi che assumerà il SSN per l'applicazione del PNRR che dovranno essere completati con atti ministeriali.

Atti che saranno necessariamente collegati alle prossime finanziarie e che prevedono l'utilizzo di fondi per lo sviluppo del territorio e che saranno sui tavoli di lavoro del prossimo Governo.

Noi ci aspettiamo con questo Congresso il mantenimento della Medicina generale, il suo sviluppo ed il coordinamento, laddove possibile, del livello di espressione di prossimità e vicinanza al cittadino.

Auspichiamo che il prossimo Governo sia in grado di chiarire che il modello di sviluppo rispetto al PNRR non può calarsi uniformemente su tutto il territorio, ma che deve tenere conto delle peculiarità dei piccoli comuni, dove risiedono 15 milioni di italiani.

È evidente che la "Casa di comunità" non può essere la risposta per questi cittadini, non fosse altro che per i servizi di logistica stradale, le differenti condizioni oro-geografiche, in funzione dei tempi di percorrenza che, paradossalmente, possono complicare i tempi di cura.

Sono dunque gli ambulatori dei Medici di famiglia che, al pari degli Odontoiatri, rappresentano per il cittadino il primo punto di riferimento sul territorio. Non è chiaro, dunque, come i modelli che oggi sono stati definiti a livello macro, si potranno declinare a livello micro in modo capillare.

Partendo dal presupposto che un Medico di famiglia è un libero professionista a partita IVA che, a differenza di un Odontoiatra ha una convenzione con l'Ente pubblico, restano comunque molte assimilazioni tra le due categorie e numerosi interessi comuni.

Una delle condizioni poco chiarite in Italia è quella del lavoro autonomo collegato in termini legislativi al rapporto con la Sanità, principalmente pubblica, e che potrebbe essere termine di confronto dove Odontoiatria e Medicina generale potrebbero trovare le basi per un ragionamento con il prossimo Governo.

Vedo la possibilità di un'Odontoiatria convenzionata per quanto riguarda, ad esempio, tutta la parte della prevenzione. Una sorta di effetto bonus-malus, laddove vengono seguiti i percorsi corretti di prevenzione dal proprio dentista, i pazienti potreb-

bero avere una maggiore copertura pubblica in caso di problematiche diverse. Dunque, un'Odontoiatria che parta dalla prevenzione portando ad una forma di raccordo con la Sanità pubblica.

Queste soluzioni potrebbero essere incrementate anche grazie alle forme di aggregazione che l'attuale congiuntura energetica può incentivare, abbattendo i costi di erogazione di un servizio che potrebbe agevolmente prevedere la coesistenza di forme private, come i Dentisti, con quelle pubbliche, quali i Medici di famiglia. In questo modo si andrebbe a creare un'economia di scala vantaggiosa per tutti, anche e specialmente per i cittadini/pazienti.

Sono in corso le consultazioni che porteranno alla formazione del nuovo Governo e, personalmente – sostiene Scotti –, ritengo che il prossimo Ministro della salute dovrà essere un "politico".

La Sanità ha un problema di integrazione tra i vari agenti, una sorta di visione per "silos", nella quale sarebbe complesso per un ministro "tecnico" avere una visione completamente trasversale.

Sarà, quindi, importante che il dicastero della salute sia affidato a chi potrà garantire l'ascolto più ampio, facendosi affiancare da tecnici specifici nei diversi ambiti della sanità, così da permettere il necessario approfondimento.

Il Ministro della salute dovrà avere una grande capacità di "impatto" anche verso il Ministero dell'Economia, del Lavoro o delle Politiche sociali, a fronte di una situazione di crisi come quella che stiamo vivendo e che sembra destinata a peggiorare, anche per quanto riguarda la realizzazione di progetti pensati con un'inflazione molto minore dell'attuale.

Ecco perché – conclude Scotti –, servirà un Ministro "politicamente" forte, capace di portare sul tavolo del Governo i principi dell'articolo 32 della Costituzione, come diritto individuale del cittadino alla salute, prima di tutto.

Non dovrà essere la Sanità ad essere penalizzata rispetto alle altre aree di azione del Governo, che siano esse economiche o di interesse finanziario, pur in questo quadro internazionale sicuramente non facile.

FONTE: ANDI

## 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.

# Congresso Fimmg, Scotti: "In Legge di Bilancio investimenti per i medici di famiglia e no alla dipendenza"

"Servono gli elementi fondamentali per salvare il SSN con investimenti che partano proprio dalle Cure Primarie e dai luoghi di vita dei cittadini e non permettano una strisciante privatizzazione ed esternalizzazione della offerta di sanità pubblica.

Viviamo un momento storico importante, dove entro qualche mese dovrà essere definita una Legge di Bilancio che non può non identificare finanziamenti specifici per quella Medicina Generale di cui i cittadini hanno bisogno e che, al contempo, sia attrattiva per i giovani medici e rinnovi il senso di appartenenza anche di tutti quelli che, credendoci, vi hanno dedicato una vita professionale".

È quanto afferma il segretario nazionale della Fimmg, Silvestro Scotti nella sua relazione al 79° Congresso nazionale della Fimmg in corso in Sardegna a Villasimius.

"Serve una riforma della Laurea in Medicina – afferma Scotti - che preveda, già nel percorso di formazione prelaurea, l'inserimento della disciplina di Medicina Generale, per inserire nel Corso di Laurea contenuti di assistenza territoriale.

Solo tali conoscenze possono favorire la scelta di proseguire in quest'attività o facilitare, nel caso di decisione verso altre specialità, la reciproca conoscenza dei sistemi per migliorare i rapporti tra i diversi professionisti del nostro SSN e raggiungere l'auspicata integrazione di obiettivi assistenziali tra ospedale e territorio partendo dai professionisti e non dalle direttive".

"Serve – incalza -, per il miglioramento organizzativo della risposta dei Medici dell'Assistenza Primaria, che si investa non solo su modelli di organizzazione centralizzata che risulteranno distanti dalla "Casa come luogo di cura" ma anche sull'organizzazione interna della Medicina Generale. Serve un investimento sul personale di studio che renda equa l'offerta dello studio medico singolo o associato, di area disagiata o metropolitana, perché rappresenta una risposta al paziente in termini di servizi e di tempo medico, anche liberandolo dalla burocrazia amministrativa che lo ruba alla cura.

Serve la piena comprensione delle potenzialità espresse dal vigente ACN nella funzione delle AFT, soprattutto a potenziamento intermedio di una risposta assistenziale continuativa e coordinata forte di trasferimento fiduciario grazie all'intervento di tutti i Medici di Assistenza Primaria, a ciclo di scelta e a ciclo orario, che la compongono".

E poi ribadisce il no alla dipendenza: "Serve una capacità legislativa che comprenda che la discussione sul cambiamento del ruolo giuridico convenzionato della Medicina Generale non porta a soluzione ma anzi amplificherà i problemi. La sommatoria dei costi previdenziali, dei costi di produzione porterebbero, a parità di spesa, le prime due a una riduzione dell'offerta in termini di numero di medici. La gestione di un tempo di cura trasformato in ore di cura porterebbe inoltre alla trasformazione completa del valore fiduciario e della relazione

di cura, che tanta economia produce in sanità per una peculiare relazione fondata su un medico di famiglia che dedichi al paziente tempo e non minuti condizionati dall'obiettivo che sarà, a quel punto, solo il numero di visite nell'unità di tempo".

"Serve, piuttosto, un impegno legislativo che valorizzi il nostro ruolo di medici liberi professionisti, dipendenti di una convenzione che li rende in autonoma organizzazione responsabili di una funzione sussidiaria di pubblico interesse", conclude.

FONTE: QUOTIDIANO SANITÀ



# Ci ha lasciati Bepi Sartori. “El dottor Zacchelequà”

Dopo anni di onorato e ininterrotto servizio, Bepi Sartori ci ha lasciati.

Chi l'ha conosciuto lo ricorderà con simpatia ed amore. Specie quelli che della sua opera hanno sempre avuto bisogno.

Perché lui non ha mai smesso di curare la sua gente, anche se era in pensione.

Nato il 26 febbraio del 1936 da una famiglia di contadini che si era trasferita a Vigasio, dopo il liceo scientifico Messedaglia, a Verona, si era laureato Padova nel 1962 con una tesi sull'osteoporosi (ma allora non c'era la densitometria ...). Poi ben quattro specializzazioni: pediatria, ematologia, malattie dell'apparato digerente e igiene.

Ma la sua vera specializzazione era quella di amare chi lo cercava ed il suo ricettario portava solo questa indicazione: **“BEPÌ SARTORI, Medico Condotta, Volargne (VR)”**.

Perché di questo, Bepi era orgoglioso.

Di essere stato un medico condotto.

La condotta l'aveva introdotta l'Austria con il Regno Lombardo-Veneto.

Insieme alla condotta ostetrica, quella medica era nata per dare assistenza a chi non poteva permettersi di pagare un medico. Veniva messa in concorso con un bando deliberato dalla giunta comunale che era affisso nella bacheca del comune che cercava il medico. Chi accettava l'incarico diventava medico condotto del comune. Doveva trasferirvi la residenza e doveva assistere gratuitamente le persone iscritte nell'elenco dei poveri e per questa opera prendeva uno stipendio pagato dal comune.

Chi dava la patente di povertà ed il diritto, con quella, a ricevere gratis le cure mediche, era il prete.

Il contratto legava il medico al territorio e alla sua gente.

Di questo legame Bepi era fiero. Di essere stato Lui il medico condotto di Volargne.

Se la gente lo ha amato e lo ricorderà per sempre è per questo.

La sua opera era disponibile 24 ore su 24.

Ed era sempre gratis.

Sul suo biglietto da visita c'era scritto: **“Bepi Sartori, medico condotto a tempo pieno, senza portafogli”**.

Anche se ora non aveva più il ricettario della mutua la gente continuava a cercarlo perché ne era diventato il confidente, quello che li conosceva bene e che dispensava, gratis, i suoi consigli.

Quello cui rivolgersi per ogni malanno, specie quelli che non sono legati al malfunzionamento di organi e strutture anatomiche. Lui sapeva curare anche quelli, perché di tutti conosceva la storia familiare e le debolezze.

A Volargne era arrivato la sera del 10 novembre 1963 per sostituire il medico condotto Bruno De Poli, che andava in ferie. E proprio quella sera andarono chiamarlo all'albergo “La Chiusa” per dirgli che c'era stato un brutto incidente stradale e che era morta una persona.

Quella persona era il Dottor Bruno De Poli.

Da allora Bepi è sempre rimasto a Volargne.

Con la condotta si era al servizio della gente 24 ore su 24.

Allora la medicina era fatta dalle malattie acute.

Il tetano, la difterite, il tifo, le fratture, i parti.

Si andava a far partorire a casa con l'aiuto dell'ostetrica comunale.

Il pronto soccorso non c'era, e non c'era neanche la guardia medica.

“Ero autorizzato anche a battezzare e una volta andai a farlo in una casa dove il bimbo nato prematuro era morto.



Lo battezzai, dimenticandomi però di dargli un nome!"; così aveva riferito in una intervista rilasciata a "L'Arena". Di storie da raccontare ne aveva tante, come quella della bombola di ossigeno per saldare, che aveva salvato la vita al parroco di Dolcè, Don Giuseppe Bendetti. I Colleghi lo conoscono di più per le sue poesie. La più famosa quella del dottor Zacchelequà che rende bene il senso di cosa significava essere medico del territorio a tempo pieno.

La poesia di Bepi, nasceva del suo lavoro quotidiano, dell'amore per quello che faceva e per chi lo cercava. La montagna, le strade, il paese, le contrade, la neve, il tempo, la gente, il malato o chi ha paura di diventarlo, la burocrazia e le sue assurdità, tutto diventava per lui poesia.

Anche la speranza che qualcuno continuasse sulla traccia che aveva lasciato.

Perché, per usare le sue parole, lui faceva "el meio mestier del mondo".

Adesso che ci ha lasciati si presenterà a render conto della sua opera al Padre Eterno.

Lo farà presentandogli le sue mani. Come ha scritto nella sua poesia.

### **Guardame le mane**

*Quando sarò rivà denansi a Ti  
par metar tuto su la To balansa  
lassa star el libro  
de tuto quel che ho fato o che no ò fato  
de quel che ò dito.  
Par na olta Signor sèra el to libro  
e guàrdame le mane.*

*Te le conosi ben Ti le me mane:  
quando Te strangossavi na caressa  
quando le T'à sugà el sudor  
lavà le brose,  
iera lore che T'à serado i oci  
che T'à tirado zo dal To Calvario.*

*Lasa star el To libro par staoita.  
Prima de verzar boca  
Guàrdame le mane.*

Ciao, Bepi.

ROBERTO MORA

## **SERVIZI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI VERONA**

### **OFFERTI AGLI ISCRITTI**

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

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

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

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

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

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

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

# Giacomo Casanova: un disturbo di personalità

di **LUCIANO BONUZZI**

Nel linguaggio corrente ricorre, in maniera intercambiabile, l'epiteto di "Casanova" o di "Don Giovanni" per designare qualche seduttore. Ma non si tratta di una identificazione corretta in quanto Casanova è personaggio storico mentre Don Giovanni, per quanto elaborato con tratti che possono riflettere il comportamento di qualche personaggio reale, è figura immaginaria, una sorta di archetipo.

Del resto, Don Giovanni impersona orientamenti e valori esclusivamente negativi. Molière<sup>(1)</sup> ne sottolinea la radicale ostilità per ogni istituzione familiare e l'assoluta indifferenza per le più diverse manifestazioni d'affetto da parte femminile; Da Ponte<sup>(2)</sup>, per suo conto, lo presenta fornito di un'agenda dove elenca le donne sedotte: non vi sono differenze e l'una vale l'altra. Gli è che Don Giovanni non riesce a trovare una stabile compagna perché è un omofilo; Marañon osserva al proposito che quella di Don Giovanni è "una forma di sessualità equivoca ed ambigua"<sup>(3)</sup>.

Differente è il profilo di Casanova che ha concretezza storica anche se diventerà il protagonista di qualche racconto romanzesco come *Il ritorno di Casanova* di Schnitzler<sup>(4)</sup>. A dire il vero anche di Casanova, dopo qualche tempo di dimenticanza, era stata messa in dubbio la realtà. Élisabeth Vigée Le Brun nelle sue *Memorie*<sup>(5)</sup> parla di Francesco Casanova, celebre pittore di battaglie, ma non fa cenno al fratello Giacomo che oggi è assai più noto. Quando poi sono state, per la prima volta, pubblicate le *Memorie*, modificandone il profilo in quanto l'edizione integrale ha visto la luce solo negli anni '60 del passato secolo, Foscolo, un veneziano, dubita dell'au-

tenticità di Casanova; ma vi è stato anche chi ha attribuito a Stendhal, pseudonimo di Bayle, questa grande testimonianza della vita settecentesca<sup>(6)</sup>. Le prime edizioni, non integrali, dell'opera casanoviana sembrano, insomma, aver nociuto all'immagine del veneziano, ridotto a banale libertino. Così come, del resto, appare in un film di Fellini<sup>(7)</sup>. La stessa Isabella Bossi Fedrigotti sembra privilegiare in Casanova il ruolo del seduttore<sup>(8)</sup>. Questo scrittore-avventuriero è stato, invece, un letterato insigne a cui si deve, proprio con le *Memorie*, una descrizione fra le più vive ed autentiche della civiltà europea del '700, prima che la rivoluzione giacobina e le guerre del Bonaparte cambiassero la vita oscurando ogni serenità, almeno secondo il parere di Talleyrand<sup>(9)</sup> che usava dire che chi non era vissuto prima della rivoluzione non poteva aver conosciuto il piacere di vivere. (Ma forse non era così per tutti.)

Casanova, in brevi parole, è stato senza dubbio un avventuriero dalle molteplici relazioni sentimentali ma non è stato un banale e malvagio seduttore. Del resto, le asperità che ha incontrato nella propria infanzia – una sorta di *imprinting* – rendono qualche ragione del comportamento inquieto, ininterrottamente inquieto, ma anche trasgressivo che ha caratterizzato la sua esistenza.

Ufficialmente figlio di due attori, Giacomo nasce in Venezia nel 1725 da Giuseppe Giacomo, che morirà dopo qualche anno nel 1733, e da Giovanna Maria Farussi, Zanetta detta la Buranella. Ma, in realtà, Giacomo sembra essere stato figlio naturale del patrizio Michele Grimani, proprietario del teatro di S. Samuele dove recitavano entrambi i genitori; del resto, dopo la morte del padre putativo, il marito di Zanetta, un fratello del

Grimani diventerà il tutore del piccolo Giacomo. Una situazione intrisa di ambiguità destinata ad indurre in Casanova quel disagio che nasce dalla convinzione - o, per meglio dire, dalla consapevolezza - di essere figlio naturale di un nobile ma senza appartenere al patriziato. Un vissuto stridente che, sotto forma di "orgoglio ferito", affiorerà in più occasioni, come quando sfida a duello il generale Branicki, Postoli del re di Polonia<sup>(10)</sup>.

Ancora più problematico il rapporto con la figura materna. Zanetta, infatti, è una gran bella signora, non solo attrice ma anche ballerina, che conosceva quella libertà di costumi propria del suo secolo tanto che a Londra - così pare - avrebbe concesso i propri favori al principe di Galles "dal quale avrebbe avuto il figlio Francesco"<sup>(11)</sup>.

Un rapporto, quello con la madre sempre in viaggio attraverso l'Europa, che è stato verosimilmente intonato da carenze che l'affetto della nonna, che lo ha allevato e alla quale Giacomo era molto affezionato, non è stato in grado di compensare. Il fascino di Zanetta è ricordato dallo stesso Goldoni che scrive come si trattasse di "una vedova bellissima e assai valente che faceva le parti dell'amorosa nella commedia"; una figura affascinante tanto che Goldoni scrive una *pièce* – *La pupilla* – ispirandosi alle gelosie dell'impresario Imer proprio nei confronti di Zanetta<sup>(12)</sup>.

Pure la nonna, di cui era il beniamino, ha avuto palese rilievo nella formazione del piccolo Giacomo: non solo lo ha allevato ma si è occupata, sia pure in modo singolare, anche della sua salute quando, colpito da ricorrenti epistassi, lo ha accompagnato per guarirlo da un fattucchiere di Murano: si tratta di un evento significativo, colorito da molteplici rituali, in quanto,

proprio con questo episodio, iniziano i suoi ricordi<sup>(13)</sup>. Casanova, in ogni modo, racconta di aver provato per la nonna un affetto quanto mai profondo tanto che, quand'era malata, l'ha assistita senza lasciarla "un momento finchè non ebbe reso l'ultimo respiro"<sup>(14)</sup>.

Nonostante i rituali stregoneschi su cui la nonna riponeva grandi aspettative, le condizioni di salute del piccolo Giacomo lasciano a desiderare: debole ed anoressico ha "l'aspetto di un insensato"<sup>(15)</sup>. Consultato il celebre Macoppe che consiglia un cambiamento d'aria, Giacomo parte allora per Padova, viaggiando sul burchiello, accompagnato dalla madre, dal tutore, l'abate Grimani, e dal Baffo<sup>(16)</sup>, un amico di famiglia, famoso poeta erotico che tutto può essere stato agli occhi del piccolo Casanova fuorchè un rassicurante modello di virtù.

A Padova è quanto prima a pensione dal dr. Gozzi e con la sorella del dottore, Bettina, vivrà le prime, acrobatiche esperienze d'amore. A Padova, sede di una celebre Università, studia diritto civile e diritto canonico ma la sua "vocazione era di studiare medicina per esercitarne la professione" per la quale sentiva "una sicura inclinazione"<sup>(17)</sup>; questo desiderio non fu però preso in considerazione. L'interesse per la medicina fu, tuttavia, costante in Casanova che, nei suoi pellegrinaggi attraverso l'Europa, non trascurò di visitare il celebre fisiologo e bibliofilo Albrecht von Haller<sup>(18)</sup>.

È probabile che la rinuncia alla medicina sia alla base dell'instabilità professionale del giovane veneziano che, ottenuti gli ordini minori, tenta, con il sostegno della madre, la carriera ecclesiastica; ma il miraggio di una parrocchia in Calabria non lo soddisfa<sup>(19)</sup>. La stessa pratica nello studio di un avvocato<sup>(20)</sup> così come la carriera militare<sup>(21)</sup> non gli sono congeniali e, alla fine, per vivere, diventerà violinista<sup>(22)</sup> a S. Samuele, nel teatro dei Grimani.

Ma gli anni padovani non hanno un esclusivo interesse per la formazione professionale; a Padova, con l'aiuto di Bettina, scopre l'amore con gli imprevisti e con le difficoltà che

lo accompagnano. Bettina, scrive Casanova: "mi piacque subito senza che sapessi il perché e fu lei a gettare a poco a poco nel mio cuore le prime scintille di un sentimento che in seguito divenne la mia passione dominante". Ma un nuovo pensionato del dr. Gozzi, che Bettina preferisce, suscita la sua gelosia e ne ferisce l'orgoglio. Quando però Bettina scopre che la sua relazione con questo nuovo ospite non è più segreta si abbandona "a convulsioni spaventose, circondata da tutta la famiglia".

La levatrice e un medico parlano di isterismo ma la madre della ragazza pensa ad "un sortilegio lanciato da una fattucchiera". Casanova peraltro, in un contesto familiare palesemente problematico, assicura Bettina della propria discrezione ma le convulsioni continuano e così interviene un capuccino, il "più famoso esorcizzatore di Padova"<sup>(23)</sup>.

Ci si chiede allora se la ragazza sia "posseduta dal demonio o affetta da malattia naturale" ma, a questo punto, la comparsa del vaiolo chiarisce la diagnosi. E Casanova assiste Bettina che gli "inoculò" alcune pustole che lasciarono "nel viso un segno incancellabile"<sup>(24)</sup>: una testimonianza concreta ed indelebile del primo amore che non si scorda mai.

Con gli anni padovani si conclude - se, così, si può dire - il periodo di "formazione" di Casanova che girerà il mondo come letterato, avventuriero e libertino. La madre "bella come la luce"<sup>(25)</sup> è ormai lontana e la nonna non c'è più. La figura del padre naturale continuerà però a turbarlo tanto che quando è tornato a Venezia dopo tanti anni di esilio pubblica un libello - *Né amori né donne* - dove ricorda che la moglie del proprio padre naturale, Michele Grimani, gli "restituì il servizio", come scrive Piero Chiara, "facendolo padre legittimo di Zuan Carlo, avuto in verità da un Sebastiano Giustinian"<sup>(26)</sup>.

Il libello è la causa del definitivo allontanamento da Venezia di Casanova che trascorrerà gli ultimi anni della propria vita a Dux in Boemia, quale bibliotecario del conte Waldenstein.

A Dux pubblica il fortunato racconto *Storia della mia fuga dai Piombi*<sup>(27)</sup> e l'*Jcosameron*<sup>(28)</sup>, un originale romanzo illuminista, ma soprattutto ripercorre la propria esistenza dedicandosi alla stesura delle *Memorie* che da un nipote, alcuni anni dopo la sua scomparsa, saranno vendute alla casa editrice Brockhaus. L'intensa attività letteraria non è però accompagnata da alcuna serenità. Il principe de Ligne, evocando il personaggio, ricorda i suoi malumori e scrive: "Non potendo più essere un dio nei giardini o un satiro nelle foreste, è un lupo a tavola.

Non lascia niente, allegro quando inizia a mangiare e triste quando ha finito, è sconsolato all'idea di non poter ricominciare"<sup>(29)</sup>. Sembrerebbe trattarsi di una regressione alla fase orale, confermata dalle parole dello stesso Casanova che, in lite con il maggiordomo del castello dove viveva, si autocommisera e scrive: "Io sono come un nobile destriero che la sfortuna ha costretto a vivere in mezzo a degli asini, e obbligato a soffrire pazientemente i calci, poiché ho avuto bisogno di nutrirmi alla stessa greppia"<sup>(30)</sup>.

Evidentemente la cucina non è questione marginale e sembra compensare quel bisogno d'incontro con l'altro sesso che in Casanova ha tratti quanto mai vivaci spingendolo a forzare ogni occasione. Il veneziano, tuttavia, è estraneo ad ogni discriminazione di genere commentando: "Per quel che riguarda le donne, si tratta di inganni reciproci, che non si mettono in conto, perché, quando vi si immischia l'amore, di solito ci si inganna da una parte e dall'altra"<sup>(31)</sup>. Anche in altra occasione, quando pubblica *Lana caprina*<sup>(32)</sup>, postula la parità dei sessi.

Per concludere questa breve riflessione sul profilo personologico di Giacomo Casanova non si possono dimenticare le ondate di nostalgica malinconia (33) che ogni tanto lo afferrano, né l'inclinazione al gioco d'azzardo che tradisce una palese instabilità emotiva ed infine quel "carattere cabalon" - per usare l'espressione di Manuzzi<sup>(34)</sup> - che incessantemente orienta i suoi passi.

## Nota e richiami bibliografici

1. Molière, *Don Giovanni o il Convitato di pietra*, in *Commedie*, trad. C. Tumati, Verona, Mondadori, 1960, pp. 97 e seg.
2. L. Da Ponte, *Il dissoluto punito ossia il Don Giovanni*, atto I, scena V, in Mozart, *Tutti i libretti d'opera*, a cura di P. Mioli, Roma, Newton, 1996, vol. II, p. 136.
3. G. Marañón, *Tres ensayos sobre la vida sexual*, Madrid, Biblioteca Nuova, 1934, p. 61.
4. A. Schnitzler, *Il ritorno di Casanova*, a cura di G. Farese, Milano, Adelphi, 1975.
5. É. Vigée Le Brun, *Memorie di una ritrattista*, Introduzione di B. Craveri, Milano, Mursia, 1990, p. 102.
6. A. D'Ancona, *Giacomo Casanova e le sue memorie*, in *Viaggiatori e avventurieri*, Firenze, Sansoni, 1974, pp. 117 e seg.
7. P. Chiara, *Intervista di G. L. Rosa con Piero Chiara sul 'Casanova' di Fellini*, in *Il vero Casanova*, Milano, Mursia, 1977, pp. 155 e seg.
8. I. Bossi Fedrigotti, *Gli amori platonici del vecchio Casanova*, "Corriere della Sera", 23-VIII (1997), p. 27.
9. W. Maturi, *Talleyrand-Perigord, Charles-Maurice*, in *Enciclopedia Italiana*, Roma, Treccani, 1937, vol. XXXIII, pp. 201.203.
10. G. Casanova, *Il duello ovvero saggio della vita di G. C. Veneziano*, in *Saggi libelli e satire*, a cura di P. Chiara, Milano, Longanesi, 1968, p. 133.
11. P. Chiara, *Prefazione*, per G. Casanova, *Né amori né donne*, in *Saggi libelli e satire*, cit., p. 225. Il comportamento sessuale di Francesco sarebbe però stato agli antipodi rispetto a quello di Giacomo: pare, infatti, che fosse impotente. (I. Artemieva, "... mio fratello Francesco, il pittore", in *Il mondo di Casanova. Un Veneziano in Europa 1725-1798*, Venezia, Marsilio, 1998, p. 117).
12. C. Goldoni, *Memorie*, trad. E. Levi, Torino, Einaudi, 1969, pp. 158-159.
13. G. Casanova, *Storia della mia vita*, lib. I, cap. I, a cura di C. Cordie, Roma, Casini, 1961.
14. Ib., lib. I, cap. VI, vol. I, p. 91.
15. Ib., lib. I, cap. I, pp. 19 e seg.
16. G. Baffo, *Raccolta universale delle opere*, a cura di G. Bartolini, Milano, Longanesi, 1971. Casanova osserva come la censura del governo veneziano abbia contribuito nel promuovere la celebrità dei versi di questo poeta. (G. Casanova, *Storia della mia vita*, cit., lib. I, cap. I, vol. I, p. 20).
17. G. Casanova, *Storia della mia vita*, cit., lib. I, cap. III, vol. I, p. 49.
18. Ib., lib. VI, cap. IX, vol. II, p. 599.
19. Ib., lib. I, cap. VIII, vol. I, p. 145.
20. Questa esperienza d'apprendistato, a cui fa cenno lo stesso Casanova (*Storia della mia vita*, cit., lib. I, cap. III, vol. I, p. 320), è confermata da una nota di G. B. Manuzzi (*Agenti segreti di Venezia 1705-1797*), a cura di G. Comisso, Milano, Longanesi, 1984, p. 68).
21. G. Casanova, *Storia della mia vita*, cit., lib. II, cap. IV, vol. I, p. 241.
22. Ib., lib. II, cap. VI, vol. I, p. 321.
23. Ib., lib. I, cap. II, vol. I, pp. 31, 34, 35, 36.
24. Ib., lib. I, cap. III, vol. I, pp. 41, 48.
25. Ib., lib. I, cap. II, vol. I, p. 28.
26. P. Chiara, *Prefazione*, per G. Casanova, *Né amori né donne*, in *Saggi libelli e satire*, cit. p. 225.
27. G. Casanova, *Storia della mia fuga dai Piombi*, a cura di P. Chiara, Cles (TN), Mondadori, 1976.
28. G. Casanova, *Jcosameron ovvero Storia di Edoardo e di Elisabetta*, con Prefazione di G. Spagnoletti, Milano, Lerici editori, 1960.
29. Ch.-J. de Ligne, *Casanova*, in *Aneddoti e ritratti*, a cura di A. Jeronimidis, Palermo, Sellerio, 1979, p. 188.
30. G. Casanova, *Lettere a un maggiordomo*, a cura di P. Chiara, Pordenone, Studio Tesi, 1985, p. 103.
31. G. Casanova, *Prefazione*, in *Storia della mia vita*, cit., vol. I, p. 4.
32. G. Casanova, *Lana caprina. Epistola di un licanthropo*, in *Saggi libelli e satire*, cit. Petronio Zecchini dell'Università di Bologna scrive un breve saggio - *Di geniali della dialettica delle donne ridotta al suo vero principio* - dove teorizza che l'utero domina il pensiero nel sesso femminile; alla questione risponde Germano Azzoguidi, con lo pseudonimo di Cunegonda, osservando che se il cervello non è l'organo predominante nella donna non lo è neppure nell'uomo. Casanova interviene nella polemica affermando che l'uomo e la donna pensano allo stesso modo e che eventuali differenze od altro non sono dovute che all'educazione e alla particolarità della condizione femminile. Si segnala che del libello *Di geniali etc.*, ormai rarissimo, esiste una ristampa (Napoli, Fratelli Raimondi, 1773) con dedica "All'illustrissimo signor dottor fisico D. Francesco Merli". Merli, "primo medico degli eserciti napoletani", si occupò di epidemie e dei "principii generali della medica filosofia" (S. De Renzi, *Storia della medicina in Italia*, Napoli, Filarete-Sebezio, 1848, vol. V, pp. 783, 910).
33. Le prime esperienze sentimentali con Bettina inducono in Casanova un profondo senso di colpa accompagnato "da una cupa tristezza" che lo attanaglia. (*Storia della mia vita*, cit., lib. I, cap. II, vol. I, p. 31). Anche quando, dopo un lungo esilio, è in attesa di rientrare a Venezia è invaso da una forte nostalgia che definisce *Heimweh*, la malinconia degli Svizzeri lontani dalla patria (G. Casanova, *Epistolario (1759-1798)*, a cura di P. Chiara, Milano, Longanesi, 1969, p. 119). Casanova, consapevole delle oscillazioni del proprio tono dell'umore, scrive, infatti: "Ho avuto successivamente tutti i temperamenti: nell'infanzia il pituitoso, in gioventù il sanguigno, poi il bilioso, e finalmente quello malinconico che probabilmente non mi lascerà più" (*Storia della mia vita*, cit., Prefazione, vol. I, p. 6).
34. *Agenti segreti di Venezia. 1705-1797*, cit., p. 68.

## 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)

# Anelli (Fnomceo): “Auguri ai nuovi eletti. Puntare sui professionisti per una sanità fatta di persone”

“Auguri ai nuovi eletti nel Parlamento italiano, auguri in anticipo al Governo che verrà: siete investiti di una grande responsabilità, quella di farvi interpreti e fautori di quel cambiamento che i cittadini hanno scelto con convinzione.

E questo nuovo corso, quest'aria di riforme e di ripresa non può che partire da una rivalutazione delle persone che costituiscono la società, perché siano motivate a svolgere ognuna la propria parte per rendere grande il nostro Paese”.

Così il Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, **la Fnomceo, Filippo Anelli**, si rivolge ai nuovi Senatori e Deputati – e al futuro Consiglio dei Ministri, con il suo Presidente - all'indomani delle elezioni politiche.

“Questo vale anche per il Servizio sanitario nazionale – continua Anelli - pubblico e universale, che rende concreto e possibile quel diritto alla tutela della Salute che la nostra Costituzione definisce “fondamentale”, ponendolo in capo all'individuo in quanto essere umano. Sinora, il PNRR ha messo in primo piano l'economia, le macchine, le strutture: recuperiamo adesso, insieme, la dimensione umanistica; rimettiamo al primo posto le persone, i professionisti. Puntiamo sui medici, su tutti i professionisti della salute, rivalutiamo e valorizziamo le loro competenze, i loro valori, la disponibilità all'ascolto, la prossimità ai pazienti”.

“Soprattutto – conclude **Anelli** - restituiamo dignità al loro lavoro. E dignità significa sicurezza, protezione dalle aggressioni, un numero di professionisti adeguato ai fabbisogni e anche una giusta remunerazione. Significa

una governance diversa e nuova, che coinvolga i professionisti nel fissare quegli obiettivi e quegli indirizzi che devono orientare i sistemi sanitari. Significa una sanità fatta, finalmente, di persone e non di macchine, di incartamenti, di algoritmi. Una sanità degna di un grande e moderno Paese, in grado di rispondere alle domande di salute e preparata a far fronte anche a eventuali emergenze, conosciute o inedite, come è stata la pandemia di Covid. Come abbiamo affermato, prendendo in prestito una frase del costituzionalista Sabino Cassese, in maniera unitaria con i Sindacati medici: “Bisogna curare la sanità, perché questa possa curare la salute degli italiani”. È il momento di farlo, insieme. Siamo certi che troveremo in voi interlocutori sensibili ed attenti”.

FONTE: UFFICIO STAMPA FNOMCEO  
27 SETTEMBRE 2022

# Tutela assicurativa: insediato il Tavolo di lavoro Inail – Fnomceo

Un Tavolo permanente di confronto tra l'Inail – l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro - e la Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, dedicato alla tutela assicurativa pubblica. È quello che si è insediato presso la sede della Fnomceo, alla presenza

dei vertici delle due istituzioni: per Inail, il Presidente Franco Bettoni, il Direttore Generale Andrea Tardiola, il Vice Direttore Generale Giuseppe Mazzetti, il Sovrintendente Sanitario Centrale Patrizio Rossi, il Direttore Centrale Rapporto assicurativo Agatino Cariola; per Fnomceo, il Presidente Filippo Anelli, il Vicepresidente

Giovanni Leoni, il Segretario Roberto Monaco, insieme ai componenti del Tavolo, Domenico Della Porta, Marcello Campagna, Emilio Montaldo, Stefano Falcinelli, Diego Paschina.

A coordinare il Tavolo, Domenico della Porta per Fnomceo e Patrizio Rossi per Inail.

Al centro dei lavori, la formazione, la sorveglianza delle malattie professionali, la prevenzione degli episodi di violenza, la messa a punto di percorsi riabilitativi per i professionisti vittime di aggressioni o colpiti dal Covid, l'efficientamento e semplificazione dei sistemi informatici. A margine, si è discusso anche della **possibilità di estendere ai 70mila medici convenzionati, che lavorano come Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici della Continuità assistenziale, le tutele Inail, oggi riservate ai medici dipendenti.**

*“Abbiamo condiviso con Inail - spiega **Anelli** - la necessità di cooperare insieme su un tema di salute pubblica così rilevante come le malattie professionali dei medici. Tra queste, una parte importante ricoprono gli esiti fisici e psicologici delle aggressioni e dello stress lavoro-correlato. La collaborazione su questi temi costituisce un presupposto importante per*

*sviluppare insieme progetti che intervengano soprattutto sulla prevenzione e riabilitazione. Sono fenomeni, questi, che riguardano tutti i medici, compresi quelli convenzionati, per i quali sono allo studio nuove forme di tutela, che dovranno, ovviamente, essere sviluppate in un tavolo ad hoc con le parti coinvolte”.*

Tra i progetti formativi congiunti, che saranno sviluppati sulle piattaforme già in uso da parte di Fnomceo e Inail, un corso, appunto, sulla prevenzione della violenza, con modalità e strumenti innovativi. E una campagna per l'individuazione precoce delle patologie a genesi professionale, spesso misconosciute e quindi sottostimate nella reale incidenza nella popolazione lavorativa, attraverso il diretto coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei medici ospedalieri.

*“Con l'insediamento del Tavolo - aggiunge **Bettoni** - diamo avvio ad una*

*proficua collaborazione tra Inail e Fnomceo con l'obiettivo di trasformare il gruppo di lavoro in un punto di riferimento permanente per semplificare e agevolare l'attività lavorativa dei medici e la qualità di vita dei loro assistiti, con il miglioramento delle prestazioni. Questa sinergia permetterà all'Istituto di consolidare ulteriormente il ruolo di integrazione e supporto al Servizio sanitario nazionale”.*

*“La pandemia ha fatto riemergere con forza la questione dell'esclusione dalla tutela Inail di soggetti particolarmente esposti al rischio contagio, come quella dei medici di famiglia e dei medici liberi professionisti. Ci impegneremo dunque - conclude **Bettoni** - a valutare i margini di azione per garantire anche a queste categorie di lavoratrici e lavoratori la piena tutela assicurativa”.*

FONTE: UFFICIO STAMPA FNOMCEO  
18 SETTEMBRE 2022

## Anelli (Fnomceo) al futuro Governo: “Investiamo sui medici e sui professionisti del SSN”

*“Senza medici non può esserci un efficiente Servizio sanitario nazionale, ed è questo l'appello che rivolgiamo al Governo che sta per nascere: investiamo sui professionisti, mettiamo più risorse, diamo loro più peso nelle decisioni nella gestione della sanità. Solo così potremo conservare il nostro Servizio sanitario nazionale”.*

Così il Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, la **Fnomceo**, **Filippo Anelli**, ha commentato quanto emerso dal 54esimo

congresso nazionale del Sumai Asso-prof, il Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell'Area Sanitaria, in corso a Roma.

leri, durante la Tavola Rotonda inaugurale, il Segretario generale Antonio **Magi** aveva parlato di una “tempesta perfetta” che sta investendo il Servizio sanitario nazionale: il contesto globale della guerra e della pandemia si intreccia con i problemi legati all'anzianità e alla carenza del personale sanitario, al blocco del turnover, alle remunerazioni non adeguate.

*“Condivido - ha affermato **Anelli** - le preoccupazioni di Magi circa la tenuta del Servizio Sanitario nazionale. La crisi economica, la carenza del personale, la scarsità delle risorse sono segnali molto forti di una difficoltà che sta investendo il nostro Servizio sanitario e che sta determinando una forte sofferenza del sistema.*

*Il mancato investimento sui medici sta provocando una lesione della dignità del loro lavoro. Sempre più medici lasciano il SSN perché questa professione sta perdendo attrattività*

anche a causa dei carichi di lavoro, di un aumento del burnout e una retribuzione tra le più basse in Europa". Sulla stessa lunghezza d'onda il messaggio che Anelli ha lanciato al nuovo Parlamento e al futuro Governo nell'edizione di questa settimana di Fnomceo Tg Sanità (VIDEO).

"L'Italia si aspetta veramente tanto dal Parlamento – ha premesso – in una situazione nazionale e internazionale difficile. Le attese sono veramente tante, e sono tante anche le attese dei medici e dei professionisti che si aspettano da questo Governo una particolare attenzione".

"Come abbiamo spesso detto – ha continuato – il Servizio sanitario na-

zionale è fatto soprattutto da donne e uomini che esercitano le loro professioni, medici e professionisti sanitari, e attraverso di loro garantiamo il diritto alla salute, così come previsto dall'articolo 32 della Costituzione.

Ora credo che sia il momento di focalizzarsi sulla dignità del lavoro di questi professionisti, sulla dignità del lavoro del medico messa in discussione dalle carenze, dalle difficoltà organizzative.

Chiediamo al futuro Governo, ma a tutto il Parlamento che dovrà approvare la Legge di stabilità, una particolare attenzione, un'attenzione straordinaria nei confronti di questi professionisti, affinché siano mes-

si nelle condizioni migliori per poter svolgere la loro attività professionale.

E credo che la Legge di stabilità possa essere il primo strumento utile per dare una prima risposta importante alle professioni sanitarie.

Abbiamo visto come le organizzazioni sindacali abbiano avviato una fase di mobilitazione perché il livello di difficoltà nell'esercizio della professione è diventato molto alto: i giovani oggi vogliono vedere, per il futuro, stabilità e soprattutto certezze; e queste certezze le deve dare la politica".

FONTE: UFFICIO STAMPA FNOMCEO  
19 OTTOBRE 2022

## Covid, Anelli (Fnomceo): "Bene ritorno alla normalità, ma su mascherine chiediamo regole certe e uniformi"

"Condividiamo l'auspicio del Governo e del Ministro della Salute, Orazio Schillaci, teso a far tornare il Paese alla normalità. Sulle mascherine, tuttavia, chiediamo chiarezza: in questo momento sono ancora opportune disposizioni certe e uguali sul territorio, definite a livello centrale, per prevenire inutili incomprensioni con i cittadini".

A intervenire sulla riconferma o meno dell'obbligo delle mascherine nelle strutture sanitarie – il provvedimento scadrà il 31 ottobre – è oggi il Presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, Filippo Anelli.

"Alleggerire le regole – spiega – in un contesto epidemiologico che lo rende possibile, significa anche ridurre,

quella che l'Organizzazione mondiale della Sanità definisce la 'pandemic fatigue', la demotivazione a seguire i comportamenti protettivi utili.

È quindi una scelta saggia sotto diversi punti di vista. Una scelta che, come ha detto lo stesso Ministro, va sempre portata avanti nel rispetto dei più fragili".

"L'adozione delle mascherine nelle strutture sanitarie – aggiunge – è una misura che protegge i sanitari e i pazienti, soprattutto i più vulnerabili.

È vero che, anche se l'obbligo dovesse decadere, i direttori sanitari, sentiti i medici competenti e i responsabili del servizio di prevenzione e protezione, potrebbero ugualmente decidere di mantenere la prescrizione.

La preoccupazione è che, non essendoci più una regola nazionale, i cittadini rimangano disorientati, e si sentano in diritto di contestare o non rispettare le disposizioni adottate nelle singole strutture. Questo aumenterebbe sicuramente i fraintendimenti, e a farne le spese sarebbero i pazienti e gli operatori".

"Uscire dalla fase dell'emergenza non significa abbassare la guardia – conclude Anelli – e siamo certi che il nuovo Governo e il Ministro Schillaci sapranno prendere le decisioni più giuste e opportune per governare questa fase con senso di responsabilità e con l'obiettivo della salute e sicurezza dei cittadini".

FONTE: UFFICIO STAMPA FNOMCEO  
29 OTTOBRE 2022

# Enpam: approvato all'unanimità il preconsuntivo 2022. Esaminata la riforma della Quota A

L'Assemblea nazionale dell'Enpam ha approvato all'unanimità il bilancio preconsuntivo per il 2022.

Dopo i risultati record degli ultimi anni, con avanzi di gestione sempre sopra il miliardo di euro nonostante il Covid, per l'anno in corso l'ente dei medici e degli odontoiatri stima provvisoriamente un **risultato negativo di 564 milioni di euro**, che risente degli effetti del conflitto russo-ucraino, dell'esplosione dei prezzi delle materie prime energetiche e alimentari e della conseguente impennata dei tassi d'interesse.

La Fondazione non si è avvalsa della norma "salva-bilanci" contenuta nell'ultimo decreto-legge Semplificazioni che avrebbe consentito di presentare invece conti in positivo per 800 milioni di euro.

"Teniamo fede all'impegno di trasparenza con i nostri iscritti adottando il consueto criterio di prudenza con cui viene redatto il bilancio della Fondazione", ha commentato il presidente dell'Enpam Alberto Oliveti.

## ANNO 2023 CON IL SEGNO PIÙ

L'Assemblea nazionale Enpam ha anche approvato il **bilancio di previsione 2023**, con 166 voti a favore, tre contrari e un'astensione. Per l'anno prossimo, la Fondazione **prevede un pronto ritorno in positivo** con un avanzo stimato prudenzialmente in 115 milioni di euro. Un risultato con il segno più nonostante, proprio nel 2023, si registrerà il primo saldo previdenziale negativo dell'Ente, **con l'importo delle pensioni che – come previsto – supereranno l'ammontare dei contributi previdenziali**.

## NESSUN NUOVO AUMENTO PER LA QUOTA A

Il parlamentino dell'Enpam ha inoltre esaminato una proposta di riforma del contributo minimo obbligatorio di Quota A, fissando il voto al prossimo aprile. La decisione è stata adottata all'unanimità.

I versamenti del 2023 restano quindi quelli già previsti in base all'inflazione e alle norme in vigore: dai 129 euro annui per gli studenti iscritti facoltativamente ai 1.734 euro all'anno per i contribuenti con più di 40 anni d'età.

La proposta di riforma, che mira a garantire la stabilità strutturale del fondo che fornisce welfare e assistenza a tutta la classe medica, porterebbe aumenti tra i 4 euro e i 55 euro su base annua.



# Medicina generale, la guida è online

Ciò che deve sapere il medico che esercita nell'ambito della medicina generale, spiegato in maniera essenziale ed efficace. È il fine della guida per la medicina generale, già disponibile online e allegata al Giornale della previdenza cartaceo che riceverete a casa, consultabile ribaltando il giornale e leggendo dalla controcopertina in poi. Si tratta della prima di una serie che uscirà col nostro, per dare informazioni su tutti gli aspetti necessari e utili ai professionisti che già lavorano, a quanti si affacciano alla professione o a chi è in procinto di lasciare, per chiedere la pensione costruita negli anni.

## UNA BUSSOLA DA TENERE SULLA SCRIVANIA

Le pagine della guida sono una bussola che il medico convenzionato, aspirante o sostituto, potrà tenere sulla propria scrivania per orientarsi nel mare magnum popolato da



adempimenti, burocrazia, scadenze, ma anche da vantaggi, agevolazioni e opportunità da cogliere.

All'interno si possono trovare informazioni utili sulle iscrizioni, i bandi, il fisco, le assicurazioni, i contributi

previdenziali, la pensione e le prestazioni di ogni genere. È quanto serve per affrontare le diverse stagioni professionali del medico di famiglia, di continuità assistenziale e del pediatra di libera scelta.

Le prossime guide della collana saranno dedicate ai liberi professionisti e agli specialisti ambulatoriali ed esterni.

Scarica la guida completa per i medici di medicina generale dal sito

[https://www.enpam.it/wp-content/uploads/GdP\\_Guida\\_mmg.pdf](https://www.enpam.it/wp-content/uploads/GdP_Guida_mmg.pdf)

## UN GIORNALE APERTO AI LETTORI

Poiché un buon giornale si fa insieme, sono benvenuti suggerimenti, commenti ed eventuali richieste di correzioni e integrazioni.

L'email da usare è [giornale@enpam.it](mailto:giornale@enpam.it)

# Bonus di 150 o 200 euro per energia

Se sei un libero professionista in attività puoi chiedere il bonus energia finanziato dallo Stato.

La domanda va fatta all'Enpam dall'area riservata. Se sei contemporaneamente iscritto anche all'Inps dovrai presentare domanda all'ente pubblico e non all'Enpam.

Questo bonus è esentasse e quindi non dovrà essere inserito nella prossima dichiarazione dei redditi.

Potranno essere accettate le domande **fino a esaurimento delle risorse** stanziato dallo Stato.

**ATTENZIONE:** se sei iscritto a un corso di specializzazione dal 19 maggio 2022 devi fare domanda all'Enpam, perché alla data di entrata in vigore del decreto Aiuti (il 18 maggio) non risultavi ancora iscritto alla gestione separata Inps.

## Requisiti generali:

Secondo la legge puoi fare domanda all'Enpam se:

- sei un professionista non iscritto ad altro titolo all'Inps;
- non sei titolare di pensione con de-

correnza entro il 1° luglio 2022;

- ti sei iscritto alla Fondazione Enpam entro il 18 maggio 2022;
- hai partita Iva attiva e hai avviato l'attività professionale entro il 18 maggio 2022;
- non hai presentato domanda per lo stesso fine ad altri enti di previdenza.
- non hai ricevuto il bonus energia previsto per i lavoratori dipendenti, i pensionati e le altre categorie previste dagli articoli 31 e 32 del decreto legge 17 maggio 2022, n. 50.

### Requisiti di reddito

Puoi chiedere il sussidio di 200 euro se:

- non hai percepito nell'anno di imposta 2021 **un reddito complessivo superiore a 35mila euro**
- puoi avere diritto a ulteriori 150 euro se non hai percepito nell'anno di imposta 2021 **un reddito complessivo superiore a 20mila euro**.

In riferimento al requisito reddituale, dal reddito assoggettabile all'Irpef, al netto dei contributi previdenziali e assistenziali, sono escluse le indennità previste per la cessazione del rapporto di lavoro (per esempio Tfr, Tfs, ecc.), il reddito della casa di abitazione e le competenze arretrate sottoposte a tassazione separata.

### Requisiti contributivi

- hai fatto entro il 18 maggio 2022 almeno un versamento contributivo (totale o parziale) a una qualsiasi gestione previdenziale dell'Enpam per il 2020, 2021 o 2022 (**attenzione: si intendono i contributi che sono dovuti per quegli anni e non per esempio rate o piani di rientro per regime sanzionatorio che si riferiscono ad anni precedenti**)
- Puoi non tenere conto del requisito precedente se sei un neoiscritto e non hai scadenze contributive ordinarie entro il 18 maggio 2022** (si intende cioè che nella tua area riservata non devono risultare bollettini di pagamento dei contributi, con scadenza entro il 18 maggio. Per esempio, possono fare domanda i neoiscritti per cui non è stato ancora emesso il bollettino di Quota A).

### Importo

Il sussidio sarà di 200 euro per i professionisti e i pensionati che rispettano i requisiti indicati nella scheda qui sotto e hanno un reddito inferiore a 35.000 euro.

Se hai un reddito che non supera i 20.000 euro potrai avere diritto a un ulteriore bonus di 150 euro (200+150).

Per fare richiesta del bonus:

- entra nella tua area riservata ENPAM.

- nella colonna di sinistra, alla voce **Domande e dichiarazioni online**, clicca su **Bonus energia**;
- compila il modulo.

### Incompatibilità e incumulabilità:

- Se sei pensionato con decorrenza entro il 1° luglio 2022 non puoi presentare domanda come professionista attivo. Il Bonus energia da 200 euro ti sarà erogato direttamente con la pensione (Inps o Enpam), [comma 1, art. 32, legge 17 maggio 2022 n. 50]
- Se sei pensionato con decorrenza entro il 1° ottobre 2022 non puoi presentare la domanda come professionista attivo. Il Bonus energia da 150 euro ti sarà erogato direttamente con la pensione (Inps o Enpam), [comma 1, art. 19, legge 23 settembre 2022 n. 144]
- Se sei iscritto anche all'Inps (per esempio come lavoratore dipendente o come autonomo alla Gestione separata) non puoi presentare domanda di Bonus energia presso la Fondazione Enpam. Questo dovrà esserti erogato dall'Inps. [comma 2, art. 3 decreto ministeriale 19 agosto 2022]
- Puoi essere percettore di un solo Bonus energia da 200 euro (in quanto pensionato, oppure in quanto dipendente o, infine, in qualità di libero professionista), [comma 20, art. 32, e comma 1, art. 33, decreto legge n. 50 17 maggio 2022]
- Puoi essere percettore di un solo Bonus energia da 150 euro (in quanto pensionato, oppure in quanto dipendente o, infine, in qualità di libero professionista), [comma 3, art. 18; comma 6, art. 19 e comma 1, art. 20, decreto legge n. 144 23 settembre 2022 e 33, decreto legge n. 50 17 maggio 2022]

Il Bonus energia non è cumulabile con le altre indennità una tantum previste dal decreto legge n. 50/2022 all'art. 32, commi da 8 a 16 ed erogate dall'Inps per:

- lavoratori domestici (comma 8);
- percettori Naspi e Dis-Coll (comma 9);
- percettori, nel 2022, di indennità disoccupazione agricola di com-

petenza del 2021 (comma 10);

- titolari di rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, di cui all'articolo 409 del Codice di procedura civile, e dottorandi e assegnisti di ricerca i cui contratti sono attivi alla data di entrata in vigore del presente decreto e che sono iscritti alla Gestione separata (comma 11);
- lavoratori che nel 2021 siano stati beneficiari di una delle indennità per i lavoratori stagionali del turismo, degli stabilimenti termali, dello spettacolo e dello sport previste dall'articolo 10 commi da 1 a 9 del decreto legge 22 marzo 2021 n. 41, e prorogate dall'articolo 42 del decreto legge 25 maggio 2021 n. 73 (comma 12);
- lavoratori stagionali, a tempo determinato e intermittenti (comma 13);
- lavoratori iscritti al Fondo pensione lavoratori dello spettacolo (comma 14);
- lavoratori autonomi, privi di partita IVA, non iscritti ad altre forme previdenziali obbligatorie, con contratto di prestazione d'opera ex art. 2222 del Cc (comma 15);
- incaricati alle vendite a domicilio (comma 16).

Il Bonus energia autonomi non è, inoltre, cumulabile con l'altra indennità una tantum prevista dal decreto legge n. 50/2022 all'art. 32, al comma 12, erogata da Sport e Salute S.p.A. ai collaboratori sportivi già beneficiari di una delle misure previste dalle seguenti norme:

- 96 del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18 "Indennità collaboratori sportivi";
- 98 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 "Disposizioni in materia di lavoratori sportivi";
- 12 del decreto legge 14 agosto 2020, n. 104 "Disposizioni in materia di lavoratori dello sport";
- 17, comma 1, del decreto legge 28 ottobre 2020, n. 137 "Disposizioni a favore dei lavoratori dello sport";
- 17-bis, comma 3, del decreto legge 28 ottobre 2020, n. 137 "Ulteriori disposizioni a favore dei lavoratori dello sport";
- 44 del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73 "Indennità per i collaboratori sportivi".

# Pensione di anzianità, come affrontarla serenamente con il ventaglio di opzioni Enpam

Un punto di arrivo, di meritato riposo dopo tanti anni di lavoro al servizio del prossimo, ma anche un punto di partenza, per dedicarsi con serenità, tempo e risorse sicure, a tutti quei piccoli e grandi progetti personali accantonati negli anni di carriera e rimasti, magari, sogni nel cassetto. Parliamo della pensione di anzianità, un traguardo che Enpam ha ritagliato su misura per tutti i suoi iscritti, disciplinandola in base alle diverse fattispecie professionali e contributive. In generale, il diritto alla pensione di anzianità si matura quando si raggiunge il requisito dell'età anagrafica, fissata, dal 2018, a 68 anni.

La pensione Enpam si compone di varie voci: una pensione di base (Quota A) che spetta a tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'Ordine, e un'eventuale quota che è calcolata sui contributi versati in base alla propria attività professionale. Esaminiamo le fattispecie principali.

La pensione di anzianità per i medici di medicina generale

Per quanto riguarda la pensione di anzianità dei medici di medicina generale, questa spetta, oltre che naturalmente a questi ultimi, ai pediatri di libera scelta, e agli addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale. I requisiti per la domanda consistono nel raggiungimento dell'età anagrafica necessaria, e nell'aver cessato l'attività professionale con gli istituti del Servizio sanitario nazionale e/o con gli Enti non convenzionati con il Ssn. È comunque possibile continuare a lavorare fino al compimento del 70° anno (ma non oltre).

Per gli iscritti che optano per questa scelta, è prevista una maggiorazione sull'importo della pensione.

## Il trattamento misto

Al momento del pensionamento si può scegliere per la rendita in pensione oppure per il trattamento misto (cioè parte in capitale e parte in rendita mensile). Questa opzione è però soggetta ai seguenti requisiti per gli iscritti:

- aver maturato il diritto alla pensione anticipata o di anzianità (non quindi in caso di pensione indiretta oppure di inabilità assoluta e permanente);
- essere titolari di una pensione (presso l'Enpam o un altro ente di previdenza obbligatorio) pari o superiore al doppio del minimo Inps (il minimo Inps da considerare per l'importo della pensione è quello dell'anno in cui decorre la pensione della gestione dei medici di medicina generale). Per la liquidazione in capitale si può decidere di ricevere fino a un massimo del 15% dell'importo maturato, e la percentuale va indicata nel modulo di pensione.

## La domanda

Il modulo per la pensione va compilato direttamente dall'area riservata dopo aver presentato all'ente competente le dimissioni irrevocabili oppure aver cessato l'attività professionale.

La pensione di anzianità per i liberi professionisti

La pensione di anzianità dei liberi professionisti (Quota B) spetta a

tutti i medici e gli odontoiatri che esercitano la libera professione. Costoro, una volta in pensione, non sono però obbligati a cessare l'attività professionale. In questo caso, vige l'obbligo di versare i contributi all'Enpam. I soldi versati non vanno persi, in quanto l'Enpam ricalcola le pensioni e le aumenta in base ai nuovi versamenti fatti, liquidando la pensione supplementare ogni anno. I requisiti per ottenere il pensionamento consistono nel raggiungimento dell'età anagrafica, nell'aver maturato almeno 5 anni di contribuzione sulla Quota A del Fondo di previdenza generale (contribuzione effettiva, riscattata e/o riconsociata) ed essere ancora iscritti all'Albo; non essere titolari di una pensione da totalizzazione o di invalidità a carico dell'Enpam.

Il trattamento misto per i liberi professionisti

Anche i liberi professionisti possono scegliere tra la rendita in pensione ed il trattamento misto (cioè parte in capitale e parte in rendita mensile) entrato in vigore nel 2020, ma solo nei casi in cui siano già titolari di pensione con un importo pari o superiore al doppio del minimo Inps oppure abbiano maturato presso un altro ente di previdenza obbligatoria il diritto a percepire una pensione con importo pari o superiore al doppio del minimo Inps (in questo caso il minimo Inps da considerare per l'importo della pensione è quello dell'anno in cui decorre la pensione di Quota B).

La pensione di anzianità per gli specialisti ambulatoriali

La pensione di vecchiaia della gestione degli specialisti ambulatoriali

spetta ai medici e agli odontoiatri che lavorano come specialisti ambulatoriali o nell'ambito della medicina dei servizi (medici legali, medici scolastici ecc.). Anche in questo caso, come per i medici di medicina generale, i requisiti consistono nel raggiungimento dell'età anagrafica e nell'aver cessato l'attività professionale con gli istituti del Servizio sanitario nazionale e/o con gli Enti non convenzionati con il Ssn, così come è prevista la possibilità di continuare a lavorare fino al compimento del 70° anno con una maggiorazione sull'importo della pensione. Per fare domanda di pensione di anzianità, è

necessario aver presentato all'ente competente le dimissioni irrevocabili oppure aver cessato l'attività professionale.

Il trattamento misto per gli specialisti ambulatoriali

La disciplina del trattamento misto per gli specialisti ambulatoriali ricalca quella prevista per i medici di medicina generale. Quindi, per poter scegliere questa opzione, è anche qui necessario che l'iscritto abbia maturato il diritto alla pensione anticipata o di anzianità, e sia titolare di una pensione (presso l'Enpam o un

altro ente di previdenza obbligatorio) pari o superiore al doppio del minimo Inps (che in questo caso è quello dell'anno in cui decorre la pensione della gestione degli specialisti ambulatoriali).

Anche gli specialisti ambulatoriali possono, indicando le percentuali nel modulo di pensione, decidere di ricevere fino a un massimo del 15% dell'importo maturato.

FONTE: SANITÀ INFORMAZIONE  
DAL SITO FIMMG

## 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

# Consiglio Nazionale Fimmg: la mozione finale

**A inizio 2023 un Congresso Nazionale Straordinario per valutare modifiche statutarie per un'evoluzione rappresentativa del sindacato in era di ricambio generazionale**

lunedì 21 novembre 2022

*Mozione finale*  
*Consiglio Nazionale Fimmg*

Il Consiglio Nazionale della FIMMG, riunito a Roma in data 19 novembre 2022 presso Le Meridien Visconti Hotel, apre i lavori nel ricordo del collega Maurizio De Girolamo, Medico di Emergenza Territoriale, deceduto a seguito di un tragico incidente sul lavoro occorso nell'adempimento del proprio dovere.

Il Consiglio Nazionale, sentita la relazione del Segretario Generale Nazionale, Silvestro Scotti, la approva.

Il Consiglio Nazionale, nell'augurare un buon lavoro al neo Ministro della Salute Prof. Orazio Schillaci, auspica una proficua e costante collaborazione volta alla valorizzazione e al potenziamento della Medicina Generale quale presidio centrale per l'assistenza territoriale e per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale sottolineando la disponibilità al dialogo già mostrata nei confronti di Fimmg già nelle prime settimane del suo mandato.

Il Consiglio Nazionale, esprime preoccupazione per:

- la sempre minore attrattività della professione del Medico di Famiglia che si manifesta nella diminuzione della partecipazione ai bandi e alla frequenza del corso di formazione specifica in medicina generale, nonché del successivo inserimento di nuovi medici;

- il costante aumento del fenomeno delle dimissioni di medici in giovane età e da poco convenzionati
- il sempre più precoce pensionamento anticipato dei medici in attività sceso, in media, sotto la soglia dei 68 anni
- l'insopportabile carico di lavoro, reso asfissiante e irrazionale dall'attività burocratica
- l'aumento dei costi che erodono in maniera significativa il reddito dei professionisti

Il Consiglio Nazionale, sottolinea l'evidenza di come l'insieme dei suddetti elementi e la loro sommatoria rendono ancora più drammatica la crescente carenza di medici di medicina generale. Per questo motivo, il Consiglio Nazionale ritiene assolutamente prioritario che venga rapidamente inviato alla SISAC, da parte della Conferenza delle Regioni, l'atto di indirizzo per avviare la trattativa per l'accordo 2019-2021 propedeutico alla definizione dell'ACN 2022-2024 che allinei il contratto, per attività e finanziamenti, alle nuove progettualità espresse nella missione 6 del PNRR e nel Decreto 77 e che preveda soluzioni per riconsegnare al medico di medicina generale la possibilità di utilizzare tutto il suo tempo come tempo di cura, liberandolo dalle attività burocratiche e di assistenza espletabili attraverso il lavoro di equipe con il supporto del personale del micro team; che si includano, nei provvedimenti di legge di sostegno economico per il caro energia (Decreto "aiuti quater") attualmente in discussione, anche gli studi professionali della Medicina Generale, provata dall'aumento dei costi energetici completamente a proprio carico, in assenza di possibilità per questi medici di un aumento compensativo delle proprie parcelle come tipico di altri studi professionali.

Il Consiglio Nazionale chiede con fermezza

- che venga preservata la quota di finanziamento in essere dell'ACN, che rischia di essere depauperata a causa di provvedimenti messi in atto per tamponare la carenza di medici di medicina generale, come l'aumento degli assistibili per singolo medico oltre il massimale di 1500 pazienti, come l'accorpamento delle sedi di continuità assistenziale o la riduzione degli organici con conseguente riduzione del monte ore remunerato, come il mancato utilizzo del fondo incrementale di ponderazione.
- Ritiene inoltre fondamentale l'avvio di una lotta alla deburocratizzazione della professione, che deve piuttosto essere incentrata sulla cura della persona e sull'insieme delle attività integrative volte ad una totale presa in carico dell'assistito, con particolare riferimento al riconoscimento di un nostro ruolo nella discussione sulla digitalizzazione per evitare che si passi da una burocratizzazione analogica ad una burocratizzazione digitale.

Il Consiglio Nazionale ritiene oramai intollerabile

- il sistematico ritardo della pubblicazione dei bandi e dell'attivazione del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale 2022-2025. Chiede pertanto che l'identificazione dei fabbisogni per il triennio 2023-2026 venga effettuata immediatamente, e comunque non oltre Dicembre 2022, per permettere il rispetto delle norme di legge che prevedono la pubblicazione da parte delle regioni dei bandi per il CFSGM 2023-2026 entro il mese di febbraio 2023, dando mandato a tutti gli Organi

statutari del sindacato di esplorare la possibilità di azioni legali nei confronti degli uffici e Dirigenti preposti che ingiustificatamente ne ritardino l'iter.

Il Consiglio Nazionale considera necessario,

- al fine di rendere realmente efficace l'evoluzione dell'attività di tirocinio del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale in attività di formazione-lavoro, che si consolidino, attraverso provvedimenti legislativi definitivi, le norme introdotte nel periodo emergenziale in merito al riconoscimento dell'attività convenzionale nell' AFT quale tirocinio pratico, e si provveda al più presto all'emendamento del comma 5 articolo 1 del decreto legge 13 settembre 2012 n 158 (legge Balduzzi) nel punto in cui demanda la valorizzazione della formazione della medicina generale al Patto per la salute portandola nel suo contesto naturale che è l'ACN, ove si possa determinare il confronto tra le rappresentanze dei medici e le regioni per la reale evoluzione dello stesso corso in attività formazione lavoro.

Il Consiglio Nazionale FIMMG evidenzia

- la necessità di inserire, negli imminenti processi di revisione degli Accordi Regionali, elementi contrattuali atti a liberare le risorse utili per garantire, anche ai medici del ruolo unico del Medico di Assistenza Primaria a quota oraria, lo sviluppo di attività diurne feriali secondo un "modello H16", l'utilizzo della diagnostica di primo livello e la determinazione dei propri fattori produttivi, quali elementi fondamentali per strutturare inequivocabilmente la loro attività, operante nel nuovo modello organizzativo delle AFT, nell'ambito della libera professione convenzionata e dell'autonoma organizzazione;
- la necessità di rivalutare la valorizzazione della quota oraria e di rimodulare la compatibilità ore/scelte del medico di assistenza primaria a ruolo unico, al fine di permettere il mantenimento del ruolo unico, anche durante il triennio di formazione in medicina generale, come risposta alla cronica carenza di medici. Carenza che si evidenzia drammaticamente anche nell'ambito dell'emergenza sanitaria territoriale, le cui modalità di accesso al ruolo e il trattamento economico

necessitano di un significativo intervento di incentivazione.

Impegna

- le segreterie regionali FIMMG a coordinare i contenuti degli Accordi Integrativi Regionali al fine di garantire, nel rispetto del superiore interesse collettivo rappresentato dall'Art. 32 della Costituzione e dal soddisfacimento dei LEA, lo sviluppo dei modelli di assistenza territoriale, coerenti con obiettivi omogenei e nazionali dei Livelli Essenziali di Assistenza, anche attraverso la definizione di LEP che non possano però limitare il raggiungimento dei migliori risultati di salute per i cittadini nostri pazienti.

Dà mandato

- all'Esecutivo Nazionale di prevedere nei primi mesi del 2023 la convocazione di un Congresso Nazionale Straordinario per valutare l'inserimento di modifiche statutarie in relazione alle necessità adattive del sindacato utili all'evoluzione rappresentativa in era di ricambio generazionale.

FONTE: FIMMG

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

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

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

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

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

# La Rete e l'assalto alla Medicina Confidenziale

## CAUSE E CONTROMISURE

Durante il periodo più pesante della pandemia le attività del “medico in rete” hanno avuto un aumento tumultuoso. Tutto ciò con una serie di conseguenze e rischi non banali sull’attività professionale, tra i quali ne vedo almeno quattro veramente gravi.

Il primo è che l’attenzione e il focus del lavoro del medico vengano progressivamente spostati dalla relazione con il paziente alla relazione con il dato o con il device.

Il secondo è che l’abitudine a inviare dati a terze parti faccia perdere di vista le garanzie di sicurezza della trasmissione e della conservazione dei dati stessi nelle strutture riceventi e porti a trascurare la riservatezza dovuta al paziente e la confidenzialità che è alla base e tiene viva la relazione di fiducia tra medico e paziente.

Il terzo è che la richiesta “burocratica” di nutrire i grandi concentratori di dati (introducendo informazioni nel fascicolo sanitario elettronico, costruendo i patient summary e condividendo i contenuti dei propri programmi gestionali) possa portare da un lato il medico ad inserire un eccesso illeggibile di dati per non dimenticare nulla e dall’altro, per il timore di comunicare aspetti troppo soggettivi, di “anestetizzarne” il contenuto; il tutto senza una reale condivisione con la volontà del paziente.

Il quarto è che il medico nell’ambito della sua attività professionale si lasci contagiare ad utilizzare in maniera “esuberante” e poco deontologica i social network, rischiando di violare sia i precetti del codice medico, sia quelli del codice penale: mi riferisco, per esempio, ai rapporti tra colleghi, alla riservatezza, al segreto professionale.

Il fatto di esserci via via adattati, senza obiezioni sostanziali, ad una condizione che a qualcuno è apparsa ineludibile, è sul punto di snaturare la nostra professione proprio in quei principi (la vicinanza, l’empatia, la fiducia, il segreto, l’autorevolezza) che ne determinano l’efficacia.

Nel suo saggio Francesco Del Zotti, dopo avere indagato analiticamente i diversi aspetti critici del rapporto tra medico e rete, offre una moltitudine di suggerimenti per garantire che anche in questo ambito digitale si possa lavorare in maniera seria nel rispetto del rapporto medico-paziente e per correggere l’atteggiamento accomodante e passivo di molti di noi che porta a quelle che l’autore acutamente definisce la faciloneria e la alienazione amministrativa.

Questo libro è uno strumento essenziale e uno stimolo forte a percorrere questa strada.

**dr Guido Giustetto - Presidente Ordine dei Medici - Torino**



