

# VERONA MEDICA

**Trimestrale di informazione medica**

In questo numero:

**Era tutto previsto, già prima del Covid..... pag. 4**

**Gestione domiciliare dei pazienti  
con infezione da SARS-CoV-2..... pag. 12**

**HIV ed AIDS 40 anni dopo l'inizio della pandemia..... pag. 29**

**Consenso Informato: fondamenti etici,  
norme giuridiche e obblighi deontologici ..... pag. 31**

**L'avanzata della rischiosa e zoppicante  
combinazione tra Big Data e Algoritmi  
Machine Learning in medicina: tre esempi ..... pag. 41**

**1**

**MARZO  
2022**

## VERONA MEDICA

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

Anno LVII n. 1 MARZO 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**  
Roberto Mora  
*Mercatino di San Zeno*

### INSERZIONI PUBBLICITARIE SU VERONA MEDICA

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

## EDITORIALE

**4** *Era tutto previsto, già prima del Covid*

## NOTIZIE DALL'ORDINE

**6** *Verbali del Consiglio e delle Commissioni*

**10** *La solidarietà dell'Ordine ai Medici di Medicina Generale*

## ALBO ODONTOIATRI

**11** *Verbali della Commissione Odontoiatri*

## AGGIORNAMENTO

**12** *Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2. AGGIORNAMENTO DEL 10 FEBBRAIO 2022*

**29** *HIV ed AIDS 40 anni dopo l'inizio della pandemia*

## BIOETICA E MEDICAL HUMANITIES

**31** *Consenso Informato: fondamenti etici, norme giuridiche e obblighi deontologici*

## PROFESSIONE E LEGGE

**34** *Rischio clinico e responsabilità professionale. Cambiano i requisiti minimi delle polizze assicurative*

**37** *Comunicazioni sistema tessera sanitaria Confermata la periodicità semestrale*

**38** *Il limite dei pagamenti in contanti resta alla precedente soglia*

**38** *Esenzione IRAP per i Medici di Medicina Generale*

## ATTUALITÀ

**40** *Questione di stile...*

**41** *L'avanzata della rischiosa e zoppicante combinazione tra Big Data e Algoritmi Machine Learning in medicina: tre esempi*

**45** *Medici Non Vaccinati*

**46** *La dipendenza fa il medico scontento*

## STORIA DELLA MEDICINA

**47** *Louis Joseph Nicod, medico parigino itinerante: esperto oftalmologo o ciarlatano?*

## FOMCeO

**52** *Ucraina, Ordini dei medici italiani con i colleghi russi per dire basta alla guerra*

**53** *Un nuovo Codice per il Medico dell'oggi e del domani*

**54** *La laurea in Odontoiatria integra una specializzazione: ordinanza pilota del Tribunale di Sassari*

**55** *Violenza medici, Anelli (Fnomceo): "Bene Giornata del 12 marzo, ora riunire Osservatorio"*

**56** *Distribuzione diretta dei farmaci*  
*La FNOMCeO in audizione alla camera*

**58** *Gli Ordini dei Medici italiani e spagnoli raccolgono l'appello per la pace dei colleghi russi*

## ENPAM

**59** *Contagi: 600 euro ai medici e dentisti positivi*

**59** *Dal web la pensione arriva prima*

**60** *Bankitalia, Enpam sale al 4,93% del capitale*

**60** *Pensioni ENPAM: quando arrivano i soldi in più?*

## LIBRI RICEVUTI

**61** *Come batteremo il cancro. La sfida dell'immunoterapia e delle Car T. FABIO CICERI - PAOLA AROSIO*

**61** *E tu, hai la pressione alta? PAOLO PANCERA*

## SINDACATI MEDICI

**62** *Rinnovo Direttivo Provinciale FIMMG Verona*

## 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.

# Era tutto previsto, già prima del Covid

Era il luglio del 2019 quando Marzio Bartoloni (Scuola 24) lanciava un allarme medici fino al 2025, e poi il rischio bolla. Infatti, già allora si prevedeva una sovrapproduzione di neolaureati fra il 2025 e il 2030, con il rischio che chi si fosse iscritto all'università nel 2020 si sarebbe trovato a fine specialità, nel 2030, con lo spettro della sottoccupazione/disoccupazione o, in alternativa, costretto a fuggire all'estero.

Al di là del dramma umano e professionale per i diretti interessati e per le loro famiglie, si prospettava *già tre anni fa* il rischio di un consistente spreco di denaro, considerato che fra università e scuola di specializzazione ogni neo specialista costa alla comunità circa 250.000 euro.

*Già allora*, venivano identificate come aree di maggiori criticità i servizi di emergenza/pronto soccorso e la pediatria, come poi si è puntualmente verificato.

Pochi mesi dopo, sempre Bartoloni (Il Sole 24 ore) riportava che stando al report di "The European House-Ambrosetti" gli italiani godevano di ottima salute – la migliore, dopo gli spagnoli, fra i 14 Paesi europei – nonostante un SSN "da metà classifica". In particolare, il report identificava 10 minacce al SSN. Tra queste, ne voglio riportarne alcune che a distanza di due anni si sarebbero trasformate, *sotto la spinta della pandemia*, da minaccia in realtà: l'invecchiamento della popolazione, ed il conseguente carico di patologie croniche, l'esitazione vaccinale, la disomogeneità regionale, la carenza di medici e il ritardo nella digitalizzazione.

Alla fine del 2019, l'ANAAO sottolineava un nuovo problema che si andava a sommare al crescente numero



Il Presidente OMCeO Carlo Rugiu

di pensionamenti, rappresentato dalla fuga dei medici i quali, stanchi e demotivati, cominciavano a lasciare il SSN per un precoce pensionamento, spesso attratti dal privato o da un impiego all'estero: *già in epoca pre-pandemia* erano almeno 1.500 i medici che ogni anno emigravano verso altri Paesi europei e la gran parte rischia di non tornare nel Belpaese. Questo fenomeno rappresentava un evento nuovo, che prendeva origine dal fatto che lavorare in ospedale per un neolaureato non costituiva più il Gold standard, come invece era stato per molti medici in passato.

L'ANAAO inoltre stimava in 7.000 all'anno il numero di medici che avrebbero lasciato gli ospedali sotto la spinta della gobba pensionistica fra il 2020 e il 2025, cifra che poi, *a seguito dell'impatto negativo della pandemia sulla professione medica*, si è rivelata sottostimata.

Mediamente circa il 3% dei medici – su scala nazionale – lasciava l'ospedale, ma queste percentuali erano molto maggiori in Lombardia, in Piemonte e anche nel Veneto, forse per le maggiori opportunità che l'ospedalità privata e/o religiosa avevano iniziato ad offrire anche in queste regioni; un fatto nuovo è stato l'abbandono della corsia da parte di medici ultracinquantenni alla ricerca di un impiego sul territorio, nella

medicina di famiglia o specialistica, attratti anche dalla possibilità di non svolgere turni notturni e festivi e con la speranza (risultata poi vana) di svolgere un'attività meno burocratica e con minor rischio di contenziosi con l'utenza.

Tale situazione avrebbe richiesto un adeguato turnover negli ospedali, che non è stato realizzato a causa del tetto di spesa per le assunzioni in ambito medico, imposto alle regioni attraverso la Legge Finanziaria del 2007.

Per fare fronte a questa situazione è stato varato il Decreto Calabria – luglio 2019 – che ha permesso l'assunzione degli specializzandi degli ultimi due anni della scuola di specializzazione. In realtà, non riteniamo che gli specializzandi, sia pure in dirittura d'arrivo del loro percorso formativo, possano rappresentare una soluzione al problema, quanto piuttosto la classica soluzione all'italiana, un po' tardiva, che non risolve il problema della carenza di medici negli ospedali.

L'errata programmazione dei fabbisogni di specialisti, e i tagli lineari al SSN – unitamente al blocco del turnover, e ai pensionamenti – hanno portato ad una situazione di grave disagio del SSN *già prima del febbraio 2020*. Le Organizzazioni sindacali dei medici ospedalieri segnalavano ritmi di lavoro particolarmente pesanti negli ospedali, con frequente ricorso a ore di straordinario, per organici medici stanchi e spesso demotivati, maggiormente esposti a contenziosi medico-legali, con un'età media superiore a 55 anni e sempre più a rischio di burn out *già prima del Covid*. Per questi motivi, già alla fine dello scorso decennio, i concorsi per alcune discipline, quali l'area del-

la medicina e chirurgia di urgenza e accettazione, l'anestesia e la pediatria andavano deserti, o non erano in grado di reclutare un numero di medici adeguato a coprire le lacune degli organici in questi settori, che sarebbero stati proprio fra quelli che avrebbero maggiormente sofferto la pressione dell'aumento dei ricoveri ospedalieri a seguito della pandemia.

Proprio un mese fa Luigi Guarini, presidente dell'OMCeO di Treviso, sottolineava come i medici che passano dal pubblico al privato lo fanno perché l'ospedale non è più appetibile come un tempo: ospedali privati e cooperative (sic) garantiscono orari flessibili e stipendi maggiori. Una recentissima indagine della CIMO ha riferito come 18 UOC di Pronto Soccorso su 26 nel Veneto devono ricorrere in parte o totalmente alle Cooperative per coprire i turni. I neo specialisti preferiscono trovare un impiego nelle Cooperative, e i concorsi pubblici vanno deserti perché i giovani colleghi non vi partecipano. I neolaureati – dopo la pandemia – possono scegliere fra cooperative, USCA, ospedalità privata e pubblica, e spesso gli Ospedali pubblici rappresentano una scelta di secondo o addirittura di terzo livello, esattamente

te il contrario di quanto succedeva fino a pochi anni fa.

È evidente come siano ora venuti al pettine tutti i nodi, tutte le criticità del passato, frutto di una programmazione sbagliata, in termini quantitativi – come “produzione di neospecialisti”, in alcune aree in maggiore sofferenza rispetto ad altre, che si sono sommati a condizioni economiche sfavorevoli, minori possibilità di progressione di carriera e di libera professione nel pubblico rispetto al privato.

Aggiungiamo che negli ultimi 10 anni sono stati chiusi oltre 5.500 reparti ospedalieri, il che significa 5.500 posti da direttore di UOC in meno e quindi minori possibilità di poter ambire ad una apicalità. Ora, è indubbio che in passato ci sia stato un proliferare di UOC che, in alcune occasioni, costituivano dei doppioni o delle frammentazioni di altre già esistenti, ma come spesso capita in Italia, anche qui siamo passati da un eccesso all'altro, facendo tagli indiscriminati per “far quadrare i conti”.

Anche il governatore Luca Zaia nel corso di un'intervista rilasciata a Simone Spetia (Radio24) il 2 dicembre

2021 ha affermato che “...la scarsa e sbagliata programmazione negli anni ha portato ad avere meno medici di quelli di cui avremmo bisogno, meno professionalità sanitarie di quelle di cui abbiamo bisogno. E - concludeva - ovviamente il Covid ha stravolto il modello di cura.”

Oggi, con molta amarezza e preoccupazione, dobbiamo prendere atto che la situazione generale del nostro SSN è molto seria e sconta scelte miopi o decisamente sbagliate del passato – come sopra riportato – con conseguenze previste da più parti e preannunciate da tempo, *amplificate dalla pandemia*.

È necessario che la Politica ascolti, ora o mai più, prima che sia troppo tardi, i suggerimenti e gli spunti di riflessione che giungono dagli Ordini professionali, dalle Organizzazioni Sindacali e dalle Società Scientifiche, prima che il nostro SSN, un tempo nostro vanto e orgoglio, considerato un modello da riproporre in molti Paesi quale esempio di efficienza e di giustizia sociale, non diventi solo un ricordo del passato.

CARLO RUGIÙ  
PRESIDENTE OMCEO VERONA

## 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.

# Verbali del Consiglio e delle Commissioni

## VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 16 NOVEMBRE 2021

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

### 1) LETTURA E APPROVAZIONE DEL BILANCIO PREVENTIVO 2022:

Allego relazione della tesoriere Dott. C. Pastori.

È Presente la Presidente dei revisori dei Conti Dott.ssa Roberta Ranalli che approva la relazione della Dott.ssa Pastori.

Il preventivo viene approvato dal consiglio; sarà poi sottoposto all'assemblea del 15 Dicembre 2021.

### 2) LETTURA E APPROVAZIONE DEL VERBALE DELLA SEDUTA PRECEDENTE DEL 12/10/2021

Verbale approvato all'unanimità.

### 3) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

- Definizione data scadenza pagamento ruoli: viene approvata all'unanimità la data del 31 Marzo
- Comunicazione FNOMCeO n. 212 riguardo gli adempimenti degli Ordini Territoriali in merito alle nuove iscrizioni.

La circolare è la seguente:

### COMUNICAZIONE N. 212

Oggetto: Art.4 del decreto legge 1 aprile 2021, n.44 – Iscrizioni - Adempimenti degli Ordini territoriali.

Cari Presidenti, con riferimento alla circolare del Ministero della salute del 22 settembre 2021 che ha definito il perimetro delle disposizioni relative all'obbligo vaccinale previsto dall'art.4 del dl n.44/2021 per le professioni sanitarie e gli operatori di interesse, facendo seguito alla successiva Comunicazione n.184/2021 FNOMCeO e come da ultimo ribadito nella recente sentenza del Consiglio di Stato n.7045/2021 si ritiene utile fornire ulteriori indirizzi per agevolare e uniformare l'operato degli Ordini rispetto al principio definito nel comma 1 dell'art.4 del D.L. n.44/2021 per il quale "la vaccinazione è requisito essenziale per l'esercizio della professione" da intendersi come requisito imprescindibile per svolgere l'attività professionale che deve sussistere inizialmente, ai fini dell'iscrizione nell'albo e deve permanere nel tempo pena la sospensione dall'esercizio della professione. A tale proposito si definiscono come di seguito riportati gli adempimenti ai quali gli Ordini si devono attenere al fine di ottemperare al disposto normativo:

1. In caso di nuova iscrizione gli uffici devono acquisire unitamente alla domanda di iscrizione autocertificata anche la certificazione di avvenuta vaccinazione da Covid – 19. Tale certificazione deve essere prodotta in originale atteso che non può essere oggetto di autocertificazione trattandosi di stato di salute. Nel caso in cui l'iscrivendo non fosse in possesso del certificato suddetto non potrà concludersi il procedimento di iscrizione mancando uno dei requisiti essenziali per l'esercizio della professione come stabilito dalla Legge n.76/2021;

2. Al fine di consentire la verifica dell'obbligo vaccinale di tutti quei professionisti iscritti successivamente alla data di invio degli albi alle ASL competenti gli Omceo si premuniranno di inviare i relativi elenchi alle ASL che procederanno per quanto di loro competenza.

Viene approvata all'unanimità.

### 4) RELAZIONE DOTT. CIRILLO COMMISSIONE GIOVANI MEDICI

Il nostro Ordine partecipa al Gruppo Giovani Verona, che, su iniziativa dell'Ordine degli Ingegneri, raccoglie rappresentanti degli Ordini Professionali, dei Collegi e delle associazioni imprenditoriali veronesi con lo scopo di realizzare concretamente un'unione di intenti tra le varie categorie, favorendo il dialogo e lo sviluppo di idee e di interessi nuovi, cari ai giovani ma utili alla collettività veronese, in questi ultimi mesi il gruppo si è particolarmente impegnato nell'elaborazione di un documento contenente proposte concrete, attualmente allo stato di bozza, potenzialmente utili alla collettività veronese, da sviluppare e poi presentare e promuovere presso le sedi istituzionali.

Nel corso dell'ultima riunione è stato stabilito che ogni rappresentante di categoria illustri il documento alla propria associazione/ordine/collegio per acquisirne il consenso e il patrocinio, evidenziando anche le iniziative ritenute di maggiore interesse, per consentirne anche una scrematura e consentirne l'approfondimento. Il documento è già stato esaminato, con esito favorevole, dalla Commissione Giovani Medici, individuando come maggiormente interessanti le proposte relative alla valorizzazione culturale del territorio e al turismo sostenibile e quelle inerenti la semplificazione e digitalizzazione delle procedure amministrative. Si propone dunque il documento allegato (vedi) alla valutazione e approvazione del Consiglio. Il consiglio approva all'unanimità.

### 5) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

#### MEDICI - CHIRURGI

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

- Dott.ssa ADAMI Eleonora
- Dott. ALDEGHERI Federico
- Dott.ssa BINOTTO Claudia
- Dott. BONETTI Francesco
- Dott.ssa BONIZZATO Valentina
- Dott.ssa BONOMO Mimma
- Dott.ssa CIPRIANI Beatrice
- Dott. DA ROS Alessandra
- Dott. DE LUCA Davide
- Dott. DONATONI Michele
- Dott. FIORINI Luca

- Dott. GATTI Filippo
- Dott.ssa ISOLAN Cecilia
- Dott. LEONI Fabrizio
- Dott.ssa LESO Michela
- Dott.ssa MASCHI Valentina
- Dott. MILETO Matteo
- Dott. MONDINI Francesco
- Dott.ssa NASPETTI Vittoria
- Dott.ssa NICOLINI Silvia
- Dott. SALAORNI Sebastiano
- Dott. STOCCHERO Marco
- Dott.ssa SOLFA Martina
- Dott.ssa TALLARIGO Anna
- Dott. TOSI Marco
- Dott. TREVISAN Elia
- Dott. ZULIANI Giada

#### **Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:**

- Dott. CATALANO Giovanni da Padova
- Dott. LONGO Enrico da Milano
- Dott.ssa SORGATO Claudia da Mantova

#### **Cancellazioni per trasferimento:**

- Dott. LUCCHINI Claudio Ernesto Camillo a Milano

#### **Cancellazione su richiesta:**

- Dott. FERRARI Michel
- DOTT.SSA FICIAL MIRIAM
- DOTT. SITTONI VALTER
- DOTT.SSA VINCENZI BRENDA
- DOTT. ZENATTI GIUSEPPE

#### **Cambio Codice Fiscale:**

- Dott. MASTOURI Sami in Bighignoli Sami
- Dott. TREVISOI Paolo in Trevisoi Paolo Giuseppe Maria

### **ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI**

#### **ODONTOIATRI**

#### **Prima iscrizione:**

- Dott.ssa MENDOZA GARCIA Marina

#### **Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:**

- Dott. DORMANS Wilhelmus Gerardus da Brescia
- Dott. FERAZZANI Marco da Mantova

#### **CANCELLAZIONI SU RICHIESTA:**

- Dott. FERRARI Michel
- Dott. GRAZIANI Alessandro (invalido)

#### **Cancellazioni per morosità e irreperibilità:**

- Dott. RADUCEANU MIRCEA Constantin

#### **6) Rattifica delibere Presidenziali sospensioni e revoche sospensioni riguardanti l'obbligo vaccinale ai sensi del D.L. 44 art. 4.**

**7) Incontro con il Prof Domenico de Leo** che con Il prof Tedoldi, la Dott.ssa Castellani e il Dott. Garzon presenta il progetto finalizzato "Negoziare per Mediare, avente per scopo:

1. la diffusione e lo sviluppo della cultura della negoziazione e della mediazione come strumento di educazione, prevenzione e gestione dei conflitti sociali.
2. In particolare, la realizzazione di tale scopo transita per le seguenti specifiche finalità:
  - a) creazione di un centro di riferimento in ambito nazionale e internazionale – anche attraverso la promozione di accordi/convenzioni con altri atenei, enti, ordini professionali, organismi di mediazione e associazioni di professionisti locali, nazionali e internazionali – finalizzato allo sviluppo della ricerca sui meccanismi di accesso alla giustizia e, in particolare, sui metodi alternativi di risoluzione delle controversie, nonché allo sviluppo dell'alta formazione nel campo della negoziazione e della mediazione. Seguirà invio a tutto il consiglio del progetto per poi sottoporlo al voto.

#### **VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 15 DICEMBRE 2021**

**Consiglieri presenti:** C. Rugiu, L. Cordioli, C. Pastori, F. Orcalli, G. Accordini, E. Boscagin, U. Luciano, F. Bertaso, L. Formentini, A. Musso, G. Carrara, P. Cirillo, V. Braga, A. Elio.

**Assenti:** F. Facincani, A. Tomezzoli, F. Gobbi, A. Guglielmi, M. Barbetta.

**Funzionario incaricato:** R. Maffioli, avv. D. Gobbi.

### **1) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE**

- **Letture e approvazione del verbale relativo al Consiglio precedente.** Il verbale viene approvato all'unanimità.
- **Il Presidente passa la parola alla Tesoriera Dott. Pastori**

- La tesoriera spiega gli adempimenti FNOMCeO e Ordini: con la sostituzione dell'art. 4 del D.L. n. 44/2021 ad opera dell'art. 1 del D.L. 172/2021 è cambiato il processo di verifica e sospensione dei sanitari che non rispettano l'obbligo vaccinale. Ella illustra la Comunicazione FNOMCeO n. 247 relativa agli adempimenti FNOMCeO ed Ordini Territoriali inseriti nel DL 26 novembre 2021 n. 172. Viene profondamente cambiato il processo di verifica e sospensione dei sanitari che non rispettano l'obbligo vaccinale, in quanto sono ora gli Ordini a porre in essere questi adempimenti. Per i professionisti che si iscrivono per la prima volta l'adempimento dell'obbligo vaccinale è requisito ai fini dell'iscrizione fino al 15 giugno 2022. Per quelli già iscritti la Federazione Nazionale, avvalendosi della piattaforma DCG, esegue la verifica automatizzata del possesso delle certificazioni COVID, trasmette agli Ordini l'elenco dei non vaccinati: a questi l'Ordine invia una PEC chiedendo di inoltrarci entro 5 giorni la documentazione comprovante l'avvenuta vaccinazione, l'omissione o il differimento in caso di specifiche condizioni cliniche o la prenotazione della vaccinazione stessa. Se viene accertato il mancato adempimento, l'Ordine procede alla sospensione con annotazione sull'Albo dandone comunicazione alla FNOMCeO, al sanitario e al datore di lavoro.

La sospensione ha efficacia fino alla comunicazione del completamento del ciclo vaccinale o della somministrazione della dose booster, comunque non oltre il 15 giugno 2022. Una volta ricevuta la comunicazione dell'assolvimento, l'Ordine provvederà alla cancel-

lazione della sospensione. Le sospensioni già in essere non perdono la loro efficacia.

- La dr.ssa Pastori illustra il calendario dei Consigli e delle CAM per il 2022: i Consigli saranno convocati con cadenza mensile, nel giorno di mercoledì; a mesi alterni prima del consiglio verrà convocata la CAM, onde smaltire in tempi celeri le istruttorie e i procedimenti disciplinari. Il consiglio approva.

## 2. ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

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

- Dott. DAL POZZOLO Francesco
- Dott. FINGERLE Michele
- Dott.ssa MARCHIOTTO Carolina
- Dott.ssa MENNEA Lucia Mir
- Dott. PACE Davide
- Dott. SERRANO CISNEROS Esteban Andres (Riconoscimento Titoli)
- Dott. VILA LASTRA Lazaro Jose (Riconoscimento Titoli)

### Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

- Dott. BARTOLI Christopher da Pesaro Urbino
- Dott.ssa CASOLINO Raffaella da Bologna
- Dott.ssa GASPARINI Emma da Firenze
- Dott.ssa TRIPEPI Marzia da Parma
- Dott. TONINI Davide da Milano
- Dott.ssa ZICHICHI Evelina da Trapani

### Cancellazione su richiesta:

- Dott. BENTLEY Riccardo
- Dott. JIMENEZ VEGA Octavio
- Dott. MARCHI Roberto
- Dott.ssa MOCRITCAIA Anastasia
- Dott.ssa ORTOLANI Ida Vani
- Dott. RIGHETTI Giovanni
- Dott. VACCARI Andrea
- Dott.ssa VALSINI Franca
- Dott. VANCINI Gian Paolo

### Cancellazioni per decesso:

- Dott. ALBENGA Giorgio
- Dott. ANTONINO Vittorio
- Dott. BERTON Giorgio
- Dott. CARLUCCIO Paolo
- Dott. CRIVELLARIO Carlantonio
- Prof. ISCHIA Stefano
- Dott. RUFFINI Massimo
- Dott. TIEGER Arie
- Dott. VERZE' Carlo

## ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

### ODONTOIATRI

#### Prima iscrizione:

- Dott. AGHA Kharouf Karim
- Dott.ssa AMBROSI Gaia
- Dott. BONIOLI Michele
- Dott.ssa CAMPAGNOLA Francesca
- Dott.ssa DA ROS Livia
- Dott.ssa FILIPPINI Rosanna
- Dott.ssa FORMIGA Sara
- Dott.ssa KARAJ Esli
- Dott. MORA Alberto
- Dott.ssa OREGLIA Ludovica
- Dott.ssa PAGANRISO Martina
- Dott. SCARTOZZONI Filippo

#### Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

- Dott. PEROZENI Gabriele da Vicenza

#### Cancellazioni per decesso:

- Dott. ALBENGA Giorgio
- Dott. ANTONINO Vittorio
- Dott.ssa CAREGARO Luisa
- Dott. TIEGER Arie

#### Cancellazioni su richiesta:

- Dott. ZANAROTTO Andy

### 3) Ratifica delle sospensioni.

Il presidente chiede di ratificare le prese d'atto delle sospensioni di n. 16 medici, di cui n. 6 sanitari è stata revocata la sospensione.

Il Presidente passa la parola alla dr.ssa Boscagin che ringrazia il Consiglio per l'aiuto ricevuto nell'anno e la CAO che ha dato il massimo contributo.

Il dr Orcalli comunica il successo dell'ultimo webinar organizzato dalla commissione cultura e l'intenzione di organizzare i prossimi convegni in modalità mista con anche la registrazione per far fruire a tutti i contenuti. Ravvede la necessità di redigere un vademecum sull'esenzione ai vaccini COVID per tutti i colleghi e sottolinea la problematica dei vaccini in gravidanza suggerendo un intervento sui ginecologi attraverso la commissione aggiornamento.

La dr.ssa Braga relaziona sulle iniziative adottate contro la violenza sulle

donne a Verona e provincia, e auspica un'attività di formazione e informazione per i nostri iscritti da parte dell'Ordine. Si allega la relazione.

Il dr Carrara relaziona sul lavoro svolto dalla commissione libera professione sottolineando le difficoltà dei liberi professionisti, si allega la relazione. Infine, prende la parola la dott.ssa Pastori: pone ai voti per l'approvazione la richiesta del piano triennale per il fabbisogno del personale da fare annualmente, nel caso di necessità di assunzioni nel triennio. Il consiglio approva all'unanimità.

Il Presidente ringrazia il Consiglio e augura buone feste.

### **VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 19 GENNAIO 2022**

Convocazione on line ore 21.00

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

### **1) LETTURA E APPROVAZIONE DEL VERBALE DELLA SEDUTA PRECEDENTE DEL 15/12/2021**

Verbale approvato all'unanimità

### **2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:**

a) Il presidente illustra la situazione COVID negli ospedali e sul territorio:

- I MMG attualmente si trovano in particolare sofferenza e disagio, dovendo svolgere la funzione di medici certificatori, registrando un aumento della conflittualità degli utenti, ed essendo operati dalle procedure burocratiche necessarie in questo periodo, tanto da vedere fortemente ridotto il tempo disponibile per esercitare la loro funzione clinica.

- Per quanto concerne l'attività ospedaliera i problemi noti che emergono a causa dell'emergenza COVID sono il recupero delle liste di attesa e la mancanza di personale quest'ultima accentuata dal fatto che molti colleghi e personale sanitario sono positivi.
- Per quanto concerne l'attività ordinistica il Presidente comunica che l'Ordine di Verona in questo momento si trova ad ottemperare ai doveri di legge previsti dal DL 172 del 26 Novembre 2021, in particolare la sospensione degli iscritti che non sono in regola con l'obbligo vaccinale. Tale provvedimento, a garanzia degli interessati, deve essere preceduto da un'attenta verifica della documentazione, caso per caso, che rende la procedura complessa: è stato pertanto creato un gruppo di lavoro costituito da parte del direttivo e dei consiglieri per co-

adiuvare la Segreteria e l'Avvocato nell'analisi della documentazione e nelle procedure, prima di portare le sospensioni all'approvazione del Consiglio.

La situazione conseguente agli adempimenti di legge legati alla Vaccinazione antiCovid ha inasprito in alcuni casi la conflittualità tra assistiti e MMG: sono pertanto aumentate le segnalazioni all'Ordine di colleghi, con conseguente necessità di verifica da parte dell'Ordine. Il complesso di tutte queste attività, che impegnano tutto il personale disponibile, ha quasi paralizzato ogni altra attività ordinistica. Alcuni dei consiglieri si dichiarano disponibili a fornire aiuto fattivo e collaborativo.

b) Il presidente comunica inoltre che il Dott. Bovolín sarà integrato nella commissione pubblicità. Il consiglio approva all'unanimità.

### 3) ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

4) **DELIBERE DI SOSPENSIONE DL 172 – 26 NOVEMBRE 2021:** vengono approvate dal consiglio 5 delibere di sospensione e 7 revoche di sospensione.

### 5) VARIE ED EVENTUALI

il Dott. Orcalli informa che la commissione cultura per il 2022 sta organizzando 6 eventi formativi ECM webinar, che potranno essere seguiti sia in diretta che on demand (per una validità di un anno). Per la loro realizzazione sarà necessario appoggiarsi ad un'Agenzia, che abbia anche funzione di provider. Sono già stati chiesti almeno tre preventivi che verranno sottoposti alla Tesoriera ed al consiglio per l'approvazione.

Il Presidente pianifica la prossima seduta straordinaria del Consiglio.

## 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

## La solidarietà dell'Ordine ai Medici di Medicina Generale

### Carichi di lavoro insostenibili, pressioni e minacce no-vax: sostegno e solidarietà dell'Ordine ai medici di medicina generale, in prima linea nell'emergenza Covid

Dall'entrata in vigore, il 15 ottobre scorso, dell'obbligo del Green pass per i lavoratori pubblici e privati, si assiste a una escalation di richieste ai medici di medicina generale di certificazioni per l'esonero vaccinale. Queste richieste arrivano spesso in forma scritta e contengono velate minacce da parte dei diretti interessati, o sono inviate da studi legali compiacenti tramite raccomandata. In più di un'occasione il tono intimidatorio e ricattatorio di queste missive ha indotto i medici di famiglia a rescindere il rapporto con i propri assistiti per il venir meno della relazione di fiducia che è alla base della presa in carico del paziente.

«Da parte dell'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Verona, rivolgiamo la massima solidarietà ai colleghi. L'appello è a mantenere la calma: le minacce non hanno alcuna base, per cui i professionisti possono attenersi alle normative vigenti, rilasciando i certificati solo se ricorrono le indicazioni ministeriali». È quanto dichiara il presidente, Carlo Rugiu, in riferimento al crescente numero di segnalazioni e richieste di supporto che l'Ordine sta ricevendo da parte dei medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta ai quali viene richiesto un numero sempre crescente di certificati di vario tipo, specialmente a seguito delle quarantene scolastiche.

Le richieste dei pazienti sconfinano in tratti aggressivi. Vengono presentate consulenze prive di riscontro scientifico alle quali il medico di famiglia dovrebbe adeguarsi, emettendo il certificato di esenzione. Talvolta sono accompagnate dalla lettera di un legale, nella quale si diffida il medico al rilascio delle certificazioni, pena la richiesta di danni nei suoi confronti.

«Si tratta di situazioni dal marcato carattere di pressione indebita, tese alla violazione dell'autonomia professionale del medico», afferma Rugiu. «Invitiamo i colleghi a comunicarcele con urgenza, in modo che l'Ordine possa assumere le iniziative idonee, eventualmente anche segnalando queste pressioni indebite all'Ordine degli Avvocati e alla Procura della Repubblica».

L'Ordine esprime sostegno nei confronti dei medici di medicina generale i quali, al pari dei colleghi ospedalieri, dall'inizio dell'emergenza e in particolare durante la recente quarta onda-

ta sono impegnati quotidianamente nell'assistenza e cura dei malati, nonché nella gestione dei contatti.

«L'attività di tracciamento è ricaduta sulle spalle dei medici di famiglia, da un lato creando un super lavoro burocratico e dall'altro sottraendo energie e tempo prezioso alla cura dei pazienti. Come Ordine professionale», sottolinea il presidente, «segnaliamo la situazione di grave criticità della medicina territoriale all'attenzione della cittadinanza, augurandoci che la Regione e gli organi competenti si adoperino per attuare le modifiche che il sistema richiede affinché questa situazione cessi al più presto».

Di fronte a situazioni pandemiche che potrebbero ripresentarsi in futuro, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta non devono essere coloro sui quali vengono scaricate le incombenze amministrative, che invece devono essere oggetto dell'attività di altri settori della medicina pubblica».



## Verbali della Commissione Odontoiatri

### VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 14 DICEMBRE 2021

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

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

#### COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

- Viene esaminato e discusso a lungo il caso di una ditta non italiana che, utilizzando lo studio in affitto di un Collega, pratica ortodonzia con mascherine trasparenti col sistema della presa d'impronta elettronica e seguente invio direttamente a casa del paziente, delle mascherine ortodontiche. Essendo una pratica di recente avviamento almeno sul territorio veronese che presenta numerosi aspetti etici discutibili, si decide di contattare ed invitare a colloquio, almeno per chiarimenti, il titolare dello studio affittante.

#### RELAZIONI ISTRUTTORIE:

- Vengono poi esaminati tre casi di istruzione per pratiche deontologiche. Tre di esse si concludono con l'archiviazione, mentre in un caso si procederà invitando a colloquio il Collega interessato.

#### VARIE ED EVENTUALI:

- Il dr. Bovolin propone di fare una raccolta degli articoli redatti da "Odontoiatria 33" più pertinenti per il lavoro della CAO. La CAO approva.

Alle ore 18.45 si dichiara chiusa la seduta.

IL SEGRETARIO, DR. UMBERTO LUCIANO  
IL PRESIDENTE, DR.SSA ELENA BOSCAGIN

### VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 22 GENNAIO 2022

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

Si apre la CAO alle ore 18.00 in modalità telematica.

#### PRESENTI TUTTI I COMPONENTI DELLA CAO

(dr.ssa Boscagin, dr. Bovolin, dr. Luciano, dr. Pace, dr. Zattoni).

#### LETTURA ED APPROVAZIONE VERBALE PRECEDENTE:

Verbale precedente letto e approvato.

#### COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE:

Viene riferito riguardo i colloqui avvenuti oggi con due colleghi.

#### RELAZIONI ISTRUTTORIE:

Sono esaminate poi due istruttorie di Colleghi e per entrambe, non essendo possibile assumere una decisione immediata, si indagherà ulteriormente.

Alle ore 18.30 viene dichiarata chiusa la seduta.



### VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DELL' 8 FEBBRAIO 2022

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

**Verbale:** il verbale della seduta precedente viene approvato all'unanimità.

#### COMUNICAZIONI:

- Corso per i Presidenti CAO  
il Presidente informa sulle prossime date che sono previste per il 11 febbraio e 11 marzo p.v. – possono aderire anche i membri CAO previa richiesta.

Il Presidente riassume per sommi capi un articolo di "odontoiatria 33" su una recente sentenza del TAR Lombardia che ha accolto il ricorso di un dentista sospeso dall'ATS perché non vaccinato, consentendo di riprendere l'attività ma solo a distanza. Su questo argomento viene aperto ampio dibattito.

Dott.ssa CC: Il Presidente informa i presenti che la dott.ssa non si è presentata al colloquio previsto per oggi e comunica che, nel frattempo, è pervenuta una ulteriore segnalazione da parte di un cittadino.

La dott.ssa sarà nuovamente convocata, per entrambe le segnalazioni, per il giorno 03 marzo p.v.

#### RELAZIONI ISTRUTTORIE:

Vengono poi prese in esame di 5 istruttorie riguardanti diversi casi, decidendo, a seconda, di riconvocare a colloquio i sanitari oppure di approfondire le indagini pertinenti.

Alle ore 18.45 viene dichiarata chiusa la seduta.

# Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2

## AGGIORNAMENTO DEL 10 FEBBRAIO 2022

Alla luce della sopravvenuta disponibilità di nuovi farmaci antivirali e anticorpi monoclonali, acquisito il parere formale favorevole del Consiglio Superiore di Sanità, si trasmette, in allegato, l'aggiornamento della circolare recante "Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2".

L'aggiornamento è stato effettuato da un apposito gruppo di lavoro, istituito dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria e dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della salute, composto da rappresentanti istituzionali, professionali e del mondo scientifico, al fine di fornire indicazioni operative tenuto conto dell'attuale evoluzione della situazione epidemiologica sul territorio nazionale e delle emergenti conoscenze scientifiche in particolare in ambito farmacologico.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE DGPREV - IL DIRETTORE GENERALE DGPROGS

\*Documento firmato digitalmente, ai sensi dell'art. 24 del D. Lgs. n. 82/2005

### Premessa

Il presente documento, redatto da un apposito Gruppo di Lavoro costituito da rappresentanti istituzionali, professionali e del mondo scientifico, illustra le modalità di gestione domiciliare del paziente affetto da COVID-19 da parte del Medico di Medicina Generale (di seguito MMG) e del Pediatra di Libera Scelta (di seguito PLS) sulla base delle conoscenze disponibili a oggi.

Vista la costante evoluzione delle conoscenze sull'infezione da SARS-CoV-2, sul decorso della malattia COVID-19 e sulle possibilità terapeutiche, il documento, in continuità con i precedenti testi riportati nelle Circolari del 30 Novembre 2020 e del 26 Aprile 2021, viene periodicamente aggiornato dal Gruppo di lavoro al fine di rendere le indicazioni in esso contenute conformi alla pratica clinica internazionale sulla base delle emergenti conoscenze scientifiche.

La complessità dell'infezione da SARS-CoV-2 è stata progressivamente disvelata dallo studio dei meccanismi fisiopatogenetici ed immunitari implicati e dall'evidenziarsi della

molteplicità delle manifestazioni cliniche da essa causate. In parallelo si è progressivamente affinata e adattata la gestione clinica dei pazienti colpiti da COVID-19. L'evoluzione della terapia ha potuto altresì tener conto dei risultati di diversi tentativi terapeutici. Va anche opportunamente sottolineato come sull'efficacia di alcuni approcci terapeutici permangano tuttora larghi margini d'incertezza e come l'impiego di determinati schemi terapeutici dipenda dalla severità delle manifestazioni cliniche presentate dai malati o non si applichi ai pazienti nelle fasi iniziali di malattia.

Non casualmente, vi è forte raccomandazione che soprattutto i malati che presentano la sintomatologia più grave (pazienti ospedalizzati) vengano inclusi in *clinical trials* la cui conduzione è mirata a definire in maniera conclusiva il ruolo delle diverse opzioni di trattamento.

### Decorso clinico

Il decorso clinico dell'infezione può essere riassumibile in tre fasi:

- una fase iniziale durante la quale SARS-CoV-2, dopo essersi legato

al suo recettore (noto essere la molecola ACE2) ed essere penetrato all'interno delle cellule dell'ospite, inizia la replicazione. In un'elevata percentuale di casi, specie nei soggetti più giovani, l'infezione è del tutto asintomatica. Nei casi sintomatici, questa fase si caratterizza clinicamente per la presenza di malessere generale e sintomi lievi-moderati (come mal di testa, raffreddore, malessere, mal di gola, perdita del gusto e dell'olfatto), febbre e tosse secca. Quando il sistema immunitario dell'ospite riesce a bloccare l'infezione in questo stadio, il decorso risulta essere benigno nella grande maggioranza dei casi;

- la malattia pu poi evolvere verso una seconda fase, caratterizzata da alterazioni morfofunzionali a livello polmonare causate sia dagli effetti citopatici del virus, sia dalla risposta immunitaria dell'ospite. Tale fase si caratterizza per un quadro di polmonite interstiziale, molto spesso bilaterale, associata ad una sintomatologia respiratoria che nella fase precoce è generalmente limitata, ma che pu, successivamente, sfociare verso una progressiva instabili-

tà clinica con insufficienza respiratoria e necessità di ossigenoterapia. Il fenomeno della cosiddetta “ipossimonia silente”, caratterizzato da bassi valori di ossigenazione ematica in assenza di sensazione di dispnea soggettiva, è caratteristico di questa fase di malattia;

- quest'ultimo scenario, in un numero limitato di persone, può evolvere verso un quadro clinico ingravescente dominato dalla tempesta citochinica e dal conseguente stato iperinflammatorio, che determina conseguenze locali e sistemiche e rappresenta un fattore prognostico negativo producendo, a livello polmonare, quadri di vasculopatia arteriosa e venosa con trombizzazione dei piccoli vasi ed evoluzione verso lesioni polmonari gravi e, talvolta, permanenti (fibrosi polmonare). Le fasi finali di questo gravissimo quadro clinico portano ad una ARDS (*Acute Respiratory Distress Syndrome*) grave e in alcuni casi all'insorgere di fenomeni di coagulazione intravascolare disseminata. In questa fase, si è osservata un'alterazione progressiva di alcuni parametri infiammatori quali PCR, ferritina, e citochine pro-infiammatorie (IL2, IL6, IL7, IL10, GSCF, IP10, MCP1, MIP1A e TNF $\alpha$ ) e coagulativi, quali aumentati livelli dei prodotti di degradazione della fibrina come il D-dimero, consumo di fattori della coagulazione, trombocitopenia.

Sulla base di queste tre fasi patogenetiche, i *National Institutes of Health* (NIH) statunitensi hanno formulato una classificazione, fondata anche su criteri radiologici, in cui si individuano 5 stadi clinici della malattia COVID-19, riassunti nella Tabella 1.

I dati di letteratura attualmente disponibili hanno evidenziato un'associazione significativa tra l'incidenza di forme clinicamente severe d'infezione di COVID-19 e le seguenti condizioni:

- **età > 65 anni;**
- **sesso maschile;**
- **abitudine tabagica;**
- **patologie croniche quali:**
  - neoplasie,
  - stati di immunodepressione,
  - obesità (BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>),
  - malattia cerebrovascolare,
  - demenze, disturbi psicotici, patologie neurodegenerative,
  - malattie cardiovascolari (come ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, cardiomiopatie, malattia coronarica),
  - diabete mellito di tipo I e di tipo II,
  - insufficienza renale cronica,
  - pneumopatie croniche (BPCO, asma grave o moderata, fibrosi cistica, fibrosi polmonare, interstizopatie, ipertensione polmonare).

Si sottolinea inoltre che le persone non vaccinate risultano a più alto rischio di sviluppare forme clinicamente gravi d'infezione COVID-19 rispetto

alle persone vaccinate. La protezione conferita dal ciclo di vaccinazione primaria e, ancor più, dalla somministrazione della dose di richiamo (dose booster) protegge, infatti, significativamente dal rischio di sviluppare forme severe di COVID-19<sup>(1)</sup>.

I pazienti a basso rischio sono definiti dall'assenza di fattori di rischio aumentato di peggioramento clinico (ad esempio patologie neoplastiche o immunodepressione) e sulla base delle seguenti caratteristiche:

- **sintomatologia simil-influenzale (ad esempio rinite, tosse senza difficoltà respiratoria, mialgie, cefalea);**
- **assenza di dispnea e tachipnea (documentando ogni qualvolta possibile la presenza di una SpO<sub>2</sub> > 92%);**
- **febbre  $\leq 38$  °C o  $>38$  °C da meno di 72 ore;**
- **sintomi gastro-enterici (in assenza di disidratazione e/o plurime scariche diarroiche);**
- **astenia, ageusia/disgeusia/anosmia.**

Va sottolineato che alcuni parametri considerati per la valutazione del paziente con COVID-19 potrebbero essere di difficile riscontro negli anziani. In questa popolazione, infatti, la presenza dei sintomi tipici dell'infezione, quali ad esempio febbre, tosse, disturbi gastrointestinali, ageusia/disgeusia e anosmia, sono riscontrati meno frequentemente rispetto ai gio-

(1) Bollettino ISS della sorveglianza integrata COVID-19 in Italia “Epidemia COVID-19. Aggiornamento nazionale 12 gennaio 2022”.

Stadio	Caratteristiche
Infezione asintomatica o presintomatica	Diagnosi d'infezione da SARS-CoV-2 in completa assenza di sintomi
Malattia lieve	Presenza di sintomatologia lieve (es. febbre, tosse, alterazione dei gusti, malessere, cefalea, mialgie), ma in assenza di dispnea e alterazioni radiologiche
Malattia moderata	SpO <sub>2</sub> $\geq 94\%$ e evidenza clinica o radiologica di polmonite
Malattia severa	SpO <sub>2</sub> $< 94\%$ , PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> $< 300$ , frequenza respiratoria $> 30$ atti/min (nell'adulto), o infiltrati polmonari $> 50\%$
Malattia critica	Insufficienza respiratoria, shock settico, e/o insufficienza multiorgano

Tabella 1: Stadi clinici della malattia COVID-19 in base alla classificazione NIH.

vani. Inoltre, i deficit di comunicazione comunemente associati ad alcune patologie dell'età avanzata (per esempio demenza) possono rendere difficile l'identificazione di tali sintomi. Nel paziente anziano, quindi, è importante considerare alcuni sintomi atipici di COVID-19 come indicatori di presenza/severità di malattia, quali delirium, cadute, apatia, sonnolenza, confusione/disorientamento, modifica stato funzionale.

La Cleveland Clinic ha condotto uno studio con lo scopo di sviluppare un modello statistico che possa stimare il rischio di ospedalizzazione di un paziente affetto da SARS-CoV-2. Lo studio ha portato alla realizzazione di un algoritmo di calcolo (<https://riskcalc.org/COVID19Hospitalization/>) che, sulla base di dati anagrafici, clinici e anamnestici, permette di quantificare questo rischio. Pur con i limiti intrinsecamente legati agli schematismi tipici degli algoritmi e sottolineando la necessità d'integrare le informazioni presenti nello stesso con le connotazioni cliniche e socioassistenziali peculiari del paziente e in esso non contemplate, lo strumento può fornire utili indicazioni sul potenziale profilo di rischio del soggetto che ha sviluppato infezione da SARS-CoV-2.

### Scenari di gestione domiciliare

Una corretta gestione del caso fin dalla diagnosi consente di attuare un flusso che abbia il duplice scopo di mettere in sicurezza il paziente e di non affollare in maniera non giustificata gli ospedali e soprattutto le strutture di pronto soccorso.

I MMG e i PLS, grazie alla presenza capillare nel territorio e alla conoscenza diretta della propria popolazione di assistiti, sia in termini sanitari sia in termini sociali, devono ricoprire, in stretta collaborazione con il personale delle USCA (Unità Speciali di

Continuità Assistenziale)<sup>(2)</sup>, con gli infermieri e con eventuali ulteriori unità di assistenza presenti sul territorio, un ruolo cruciale nell'ambito della gestione assistenziale dei malati COVID-19 rispetto ai seguenti aspetti:

- segnalazione ai dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali (ASL)/aziende territoriali sanitarie (ATS), dei casi sospetti nei quali è richiesta l'esecuzione di test diagnostico;
- esecuzione di test diagnostici<sup>(3)</sup> e predisposizione del referto elettronico con l'indicazione dei relativi esiti, nonché, nel caso di esito positivo e in via opzionale, dei dati di contatto dell'assistito;
- identificazione delle condizioni abitative (applicabilità delle misure di isolamento) e familiari con eventuale presenza di persona in grado di prestare cure e assistenza (*caregiver*);
- educazione del paziente e dei suoi familiari in merito alle misure di prevenzione e controllo delle infezioni in modo da evitare la diffusione dell'infezione;
- monitoraggio e gestione domiciliare dei pazienti che non richiedono ospedalizzazione anche mediante consultazione a distanza con l'ausilio di dispositivi, App o device in possesso del paziente;
- istruzione dei pazienti sull'utilizzo di presidi, App o device di monitoraggio a domicilio;
- prescrizione di norme di comportamento e terapie di supporto;
- istituzione di un'alleanza terapeutica con il paziente e con il *caregiver*;
- identificazione precoce di parametri e/o condizioni cliniche a rischio di evoluzione della malattia con conseguente necessità di ospedalizzazione, anche attraverso strumenti di video consulto;
- realizzazione di test diagnostici rapidi per screening di contatto stret-

to di caso o per riammissione in comunità<sup>(4),(5),(6),7</sup>;

- identificazione degli assistiti a rischio di sviluppare forme severe di COVID-19;
- identificazione di segni e/o sintomi di natura psichica per cui possa essere opportuna una valutazione da parte del Dipartimento di Salute Mentale (in corso di COVID-19 è documentato da alcuni studi che aumenti il rischio di ansia, sintomi depressivi e rischio suicidario);
- identificazione e segnalazione alle strutture di riferimento, secondo le modalità definite a livello regionale e locale, dei pazienti che beneficerebbero di terapia precoce con anticorpi monoclonali o con antivirali in base alle condizioni indicate di seguito.

Nei contesti domiciliari si esplica anche l'intervento infermieristico, in autonomia o in collaborazione con il MMG, con interventi di natura tecnica, preventiva, educativa, riabilitativa, anche in caso di bisogni assistenziali complessi preesistenti o di nuova insorgenza in pazienti COVID positivi (gestione stomie, accessi vascolari a permanenza, etc.).

### Strumenti di monitoraggio domiciliare del paziente

Per rendere omogenea e confrontabile la valutazione iniziale del paziente è importante utilizzare uno score che tenga conto della valutazione di diversi parametri vitali. "Anche se i dati finora disponibili relativi alla variante Omicron, attualmente dominante in Italia (dati provenienti da Sud Africa, Regno Unito, Danimarca e Stati Uniti) suggeriscono una riduzione del rischio di ricovero rispetto alla variante Delta, la **valutazione dei parametri al momento della diagnosi di infezione e il monitoraggio quotidiano**, anche attraverso approccio telefonico

(2) Decreto-Legge del 17 marzo 2020, n. 18 (convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1 della L. 24 aprile 2020, n. 27)

(3) Circolare del Ministero della Salute del 3 novembre 2020 "Indirizzi operativi per l'effettuazione dei test antigenici rapidi da parte dei medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS)"

(4) Circolare del Ministero della Salute n. 705 dell'8 gennaio 2021 "Aggiornamento della definizione di caso Covid-19 e strategie di testing"

(5) Circolare del Ministero della Salute n. 5616 del 15 febbraio 2021 "Aggiornamento sull'uso dei test antigenici e molecolari per la rilevazione di SARS-CoV-2"

(6) Nota tecnica ad interim dell'Istituto Superiore di Sanità "Esecuzione dei test diagnostici nello studio dei Pediatri di Libera Scelta e dei Medici di Medicina Generale" (8 novembre 2020); 7 Circolare del Ministero della Salute n. 60136 del 30 dicembre 2021 "Aggiornamento sulle misure di quarantena e isolamento in seguito alla diffusione a livello globale della nuova variante VOC SARS-CoV-2 Omicron (B.1.1.529)"

o in forma di televisita, rimane fondamentale per intercettare in tempi rapidi segni e sintomi di progressione verso forme severe. È importante che il paziente e il suo *caregiver*, se presente, siano resi edotti della necessità di comunicare tempestivamente al MMG/PLS una eventuale variazione dei parametri.

Uno degli score utilizzabili, anche al fine di adottare un comune linguaggio a livello nazionale è il **Modified Early Warning Score** (MEWS, Tabella 2), il quale ha il pregio di quantificare la gravità del quadro clinico osservato e la sua evoluzione, pur dovendosi tenere in conto eventuali limiti legati, per esempio, alla valutazione dello stato di coscienza in soggetti con preesistente deterioramento neurologico. Il MEWS, in associazione al dato pulsossimetrico a riposo o sotto sforzo, deve essere utilizzato oltre che nella valutazione iniziale anche durante il periodo di *followup*. L'instabilità clinica è correlata all'alterazione dei parametri fisiologici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, livello di coscienza, saturazione di ossigeno) e permette di identificare il rischio di un rapido peggioramento clinico o di morte.

Attraverso la scala MEWS, i pazienti vengono stratificati nei seguenti gruppi di rischio:

- rischio basso/stabile (score 0-2);
- rischio medio/instabile (score 3-4);
- rischio alto/critico (score 5).

In caso di paziente donna in stato di gravidanza è necessario utilizzare il **Modified Early Obstetric Warning Score** (MEOWS, Tabella 3).

Nel MEOWS ciascun parametro viene graduato in livelli in base ai valori soglia di fisiologia e patologia e a ciascuno di essi, in caso di alterazione, è attribuito un codice colore (giallo o rosso). La presenza e il numero di parametri con valori corrispondenti ai codici colore rosso e giallo forniscono la misura dello scostamento dalla fisiologia normale e il tipo di risposta da attuare. In particolare, in caso di un parametro rosso (marcatamente alterato) o di due parametri gialli (alterati in misura minore), è urgente contattare il medico.

Per ulteriori indicazioni o approfondimenti si rimanda al documento: "Indicazioni *ad interim* per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19". Aggiornamento del Rapporto ISS COVID-19 n. 45/2020.

È opportuno sottolineare che il MEWS ed il MEOWS sono score dinamici proprio perché mirano ad identificare precocemente eventuali variazioni nelle condizioni cliniche del paziente; si ribadisce, pertanto, l'importanza del monitoraggio quotidiano, anche attraverso approccio telefonico, in particolare proprio nei pazienti sintomatici lievi, nei quali una variazione dei parametri rispetto alle determinazioni effettuate al baseline deve essere prontamente identificata vista la probabilità (10-15%) di progressione verso forme più severe. Per un'efficace valutazione, la misurazione dei parametri previsti dallo score deve essere effettuata almeno ogni 12 ore.

### Monitoraggio della saturazione dell'ossigeno a domicilio attraverso il pulsossimetro

L'utilizzo clinico del pulsossimetro è validato da decenni di uso diffuso nelle strutture ospedaliere. In pazienti sani adulti, non fumatori, è considerata normale una saturazione superiore a 95%. Con l'aumentare dell'età, in particolare dopo i 70 anni, la capacità di saturazione ossiemoglobinica si può ridurre e presentare valori al di sotto di 94%, in particolare se concomitano patologie polmonari e/o

	3	2	1	0	1	2	3	Valore
Frequenza Respiratoria		<9		9-14	15-20	21-29	>30	.....
Frequenza Cardiaca		<40	41-50	51-100	101-110	111-129	>130	.....
Pressione Arteriosa Sistolica	<70	71-80	81-100	101-199		>200		.....
Livello di coscienza				Vigile	Risponde allo stimolo verbale	Risponde allo stimolo doloroso	Non risponde	.....
Temperatura Corporea (°C)		<35		35-38,4		>38,5		.....
Comorbidity								Totale
								.....

Tabella 2: Modified Early Warning Score

<b>Frequenza Respiratoria</b>	≥ 25	≥ 20	<b>11-19</b>		≤ 10
<b>Frequenza Cardiaca</b>	≥120	100-119	<b>61-99</b>	60-51	≤ 50
<b>Pressione Arteriosa Sistolica</b>	≥160	140-159	<b>101-139</b>	91-100	≤ 90
<b>Pressione Arteriosa Diastolica</b>	≥100	90-99	<b>51-89</b>	41-50	≤ 40
<b>SpO2</b>			<b>96-100%</b>		≤ 95
<b>Livello di coscienza</b>	Non risponde	Risponde a stimoli verbali	<b>Vigile</b>		Risponde a stimoli dolorifici
<b>Temperatura Corporea (°C)</b>	≥38	37	<b>36.0-37.4</b>	35.1-35.9	≤ 35.0
<b>Totale parametri rossi</b> .....					
<b>Totale parametri gialli</b> .....					

Tabella 3: Modified Early Obstetric Warning Score

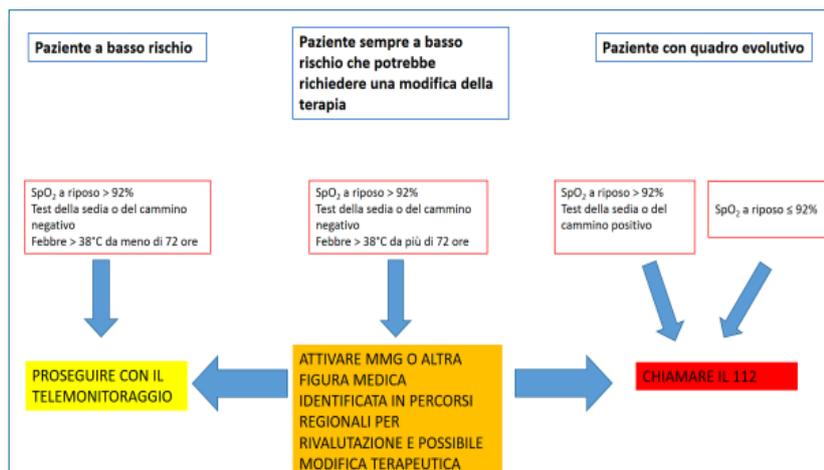
cardiovascolari. I pazienti affetti da COVID-19 a maggior rischio di mortalità sono quelli che si presentano con livelli più bassi di ossigenazione ematica. La pulsossimetria domiciliare, eventualmente associata a una valutazione sotto sforzo in casi selezionati (ad esempio con il “test della sedia” o con il “test del cammino”, vedi sotto), fornisce un’informazione medica di cruciale importanza per identificare la cosiddetta “ipossiemia silente”, cioè la condizione clinica caratterizzata da bassi livelli ematici di ossigeno in assenza di significativa sensazione soggettiva di dispnea e di rilevazione di segni di iniziale impegno respiratorio (tachipnea, alitamento delle pinne nasali, utilizzo di muscoli accessori per la respirazione, rientramenti al giugolo, rientramenti intercostali e sottocostali) tipica di COVID-19 e il conseguente rapido peggioramento clinico del paziente. Per converso, valori normali della pulsossimetria forniscono un’informazione affidabile e quantitativa in grado di rendere più sicura la gestione domiciliare. L’utilizzo diffuso del pulsossimetro potrebbe ridurre gli accessi inappropriati ai servizi di pronto soccorso degli ospedali, identificando

nel contempo prontamente i pazienti che necessitano di una rapida presa in carico da parte dei servizi sanitari. Va, peraltro, ricordato che il monitoraggio della saturazione dell’ossigeno mediante pulsossimetria potrebbe essere meno affidabile in presenza di condizioni croniche, frequenti soprattutto nel paziente anziano, come aritmie cardiache, ipoperfusione periferica, ipotermia o tremore. Rimandando a documenti specifici presenti nella bibliografia riportata al termine di questo documento, si sottolinea la relativamente facile realizzabilità, nella maggior parte dei pazienti, del “test del cammino” (che si effettua facendo camminare l’assistito per un massimo di 6 minuti lungo un percorso senza interruzione di continuità di 30 metri monitorando la saturazione dell’ossigeno) o del “test della sedia” (che consiste nell’utilizzo di una sedia senza braccioli, alta circa 45 cm, appoggiata alla parete: il paziente, senza l’aiuto delle mani e delle braccia, con le gambe aperte all’altezza dei fianchi, deve eseguire in un minuto il maggior numero di ripetizioni alzandosi e sedendosi con gambe piegate a 90 gradi, monitorando la saturazione

dell’ossigeno e la frequenza cardiaca mediante un pulsossimetro) per documentare la presenza di desaturazione sotto sforzo.

Sulla base dell’analisi della letteratura scientifica disponibile a oggi e sulla base delle caratteristiche tecniche dei saturimetri disponibili in commercio per uso extra-ospedaliero, si ritiene di considerare come valore soglia di sicurezza per un paziente COVID-19 domiciliato il **92% di saturazione dell’ossigeno (SpO2) in aria ambiente**. Infatti, valori di saturazione superiori a questo limite hanno una assai bassa probabilità di associarsi a un quadro di polmonite interstiziale grave. Inoltre, il margine medio di accuratezza dei saturimetri commerciali è stimabile nell’ordine di ± 4%.

L’insieme di queste considerazioni giustifica la raccomandazione dell’adozione della soglia del 92%, invece del valore del 94% riportato nella classificazione NIH. Nel contesto di valutazione del paziente, si valorizzeranno dinamicamente anche i parametri relativi ad alterazioni marcate della frequenza respiratoria e cardiaca e dello stato di coscienza (vedi MEWS riportato sopra).



Il pulsossimetro da utilizzare in modo affidabile in ambiente extra-ospedaliero deve possedere la marcatura CE come Dispositivo Medico ai sensi della normativa vigente, con classe di rischio non inferiore a IIA.

Il monitoraggio delle condizioni cliniche e della saturazione dell'ossigeno andrà proseguito nel soggetto infettato da SARS-CoV-2 per tutta la durata dell'isolamento domiciliare, in rapporto alle condizioni cliniche e all'organizzazione territoriale. Il paziente dovrà essere istruito sulla necessità di comunicare una variazione dei parametri rispetto alla prima rilevazione e, in particolare, **dovrà comunicare valori di saturazione di ossigeno inferiori al 92%**. Qualora venga esclusa la necessità di ospedalizzazione, potrà essere attivata, con tutte le valutazioni prudenziali di fattibilità del caso, la fornitura di ossigenoterapia domiciliare.

Nel caso di aggravamento delle condizioni cliniche, durante la fase di monitoraggio domiciliare, andrà eseguita una rapida e puntuale rivalutazione generale per verificare la necessità di una ospedalizzazione o valutazione specialistica, onde evitare il rischio di ospedalizzazioni tardive. È largamente raccomandabile che, in presenza di adeguata fornitura di dispositivi di protezione individuale (mascherine, tute con cappuccio, guanti, calzari, visiera), i MMG e i PLS, anche integrati dalle USCA, possano garantire una diretta valutazione dell'assistito attraverso l'esecuzione di visite domiciliari. Una rappresentazione schematica del monitoraggio del soggetto infetta-

to da SARS-CoV-2 e della dinamica possibilità di transizione da paziente a basso rischio a paziente con un quadro in evoluzione peggiorativa tale da richiedere o una modifica della terapia o un riferimento a strutture di pronto soccorso è delineato nello schema riportato di seguito.

### Principi di gestione della terapia farmacologica

Le presenti raccomandazioni si riferiscono alla gestione farmacologica in ambito domiciliare dei casi lievi di COVID-19. Per la definizione di caso si rimanda alla Circolare del Ministero della Salute n. 705 dell'8 gennaio 2021.

Per **caso lieve** si intende: presenza di sintomi come febbre (>37.5°C), malessere, tosse, faringodinia, congestione nasale, cefalea, mialgie, diarrea, anosmia, disgeusia, in assenza di dispnea, disidratazione, alterazione dello stato di coscienza.

In questi pazienti è estremamente importante la valutazione iniziale dei fattori di rischio per evoluzione verso forme severe di COVID-19. I pazienti che presentano tali fattori di rischio, infatti, sono candidati alla terapia precoce con anticorpi monoclonali o con i farmaci antivirali orali o per via endovenosa, come descritto nei paragrafi successivi e secondo quanto indicato da AIFA e illustrato nella scheda alle pagg. 23-29 e nelle figure seguenti.

Dal punto di vista diagnostico si sottolinea che tra le metodiche di diagnostica per immagini del torace può essere utilizzata anche l'ecografia,

che può essere effettuata anche al domicilio del paziente da personale adeguatamente formato.

In particolare, nei soggetti a domicilio asintomatici o paucisintomatici, sulla base delle informazioni e dei dati attualmente disponibili, si forniscono le seguenti raccomandazioni di gestione clinica:

- **costante e accurato monitoraggio dei parametri vitali e delle condizioni cliniche del paziente, inclusa la misurazione periodica della saturazione dell'ossigeno tramite pulsossimetria (si raccomanda di considerare come valore soglia di sicurezza per un paziente COVID-19 domiciliato il 92% di saturazione dell'ossigeno (SpO<sub>2</sub>) in aria ambiente);**
- **trattamenti sintomatici (ad esempio paracetamolo o farmaci antinfiammatori non steroidei -FANS- in caso di febbre o dolori articolari o muscolari, a meno che non esista chiara controindicazione all'uso). Si ricorda che paracetamolo e farmaci antinfiammatori non steroidei hanno meccanismi d'azione differenti e, alle dosi correntemente impiegate, il primo non ha proprietà antinfiammatorie, ma, al contrario, è di utilità per il suo effetto antipiretico e analgesico. Altri farmaci sintomatici potranno essere utilizzati su giudizio clinico;**
- **appropriate idratazione e nutrizione, in particolare nei pazienti anziani. Nel paziente immobilizzato, visto l'aumentato rischio di sarcopenia va garantito un appropriato apporto proteico;**
- **promuovere, nei limiti consentiti dalle condizioni cliniche del paziente, l'attività fisica a domicilio che, anche se limitata, contribuisce a prevenire le conseguenze dell'immobilizzazione e dell'allettamento e può consentire una riduzione dell'indicazione all'utilizzo dell'eparina;**
- **raccomandare di assumere preferenzialmente, durante il riposo e compatibilmente con le condizioni del paziente, la posizione prona;**
- **valutazione, nei pazienti a rischio di progressione di malattia, della possibilità di trattamento pre-**

coce con anticorpi monoclonali o farmaci antivirali (nirmatrelvir/ritonavir, remdesevir, molnupiravir) da parte delle strutture abilitate alla prescrizione;

- i pazienti in trattamento immunosoppressivo cronico in ragione di un precedente trapianto di organo solido piuttosto che per malattie a patogenesi immuno-mediata, potranno proseguire il trattamento farmacologico in corso a meno di diversa indicazione da parte dello specialista curante;
- non utilizzare routinariamente corticosteroidi. L'uso dei corticosteroidi è raccomandato esclusivamente nei soggetti con malattia COVID-19 grave che necessitano di supplementazione di ossigeno. L'impiego di tali farmaci a domicilio può essere considerato solo in pazienti con fattori di rischio di progressione di malattia verso forme severe, in presenza di un peggioramento dei parametri pulsossimetrici che richieda l'ossigenoterapia ove non sia possibile nell'immediato il ricovero per sovraccarico delle strutture ospedaliere. L'utilizzo della terapia precoce con steroidi si è rivelata inutile, se non dannosa, in quanto in grado di inficiare lo sviluppo di un'adeguata risposta immunitaria;
- non utilizzare routinariamente eparina. L'uso di eparine a basso peso molecolare (EBPM) è indicato solo nei soggetti allettati o con ridotta mobilità a dosi profilattiche allo scopo di prevenire il tromboembolismo venoso, in assenza di controindicazioni;
- evitare l'uso empirico di antibiotici. La mancanza di un solido razionale e l'assenza di prove di efficacia nel trattamento di pazienti con la sola infezione virale da SARS-CoV-2 non consentono di raccomandare l'utilizzo degli antibiotici, da soli o associati ad altri farmaci. Un ingiustificato utilizzo degli antibiotici pu, inoltre, determinare l'insorgenza e il propagarsi di resistenze batteriche che potrebbero compromettere la risposta a terapie antibiotiche future. Il loro eventuale utilizzo è

da riservare esclusivamente ai casi nei quali l'infezione batterica sia stata dimostrata da un esame microbiologico e a quelli in cui il quadro clinico ponga il fondato sospetto di una sovrapposizione batterica;

- non utilizzare idrossiclorochina la cui efficacia non è stata confermata in nessuno degli studi clinici randomizzati fino ad ora condotti;
- non somministrare farmaci mediante aerosol se in isolamento con altri conviventi per il rischio di diffusione del virus nell'ambiente;
- non modificare, a meno di stringente ragione clinica, le terapie croniche in atto per altre patologie (es. terapie antiipertensive, ipolipemizzanti, ipoglicemizzanti, anticoagulanti o antiaggreganti, terapie psicotrope), in quanto si rischierebbe di provocare aggravamenti di condizioni preesistenti che possono avere anche un importante impatto sulla prognosi;
- evitare l'uso di benzodiazepine, soprattutto ad alto dosaggio, in considerazione dei possibili rischi di depressione respiratoria.

Si segnala che non esistono, a oggi, evidenze solide e incontrovertibili (ovvero derivanti da studi clinici controllati) di efficacia di **supplementi vitaminici e integratori alimentari** (ad esempio vitamine, inclusa vitamina D, latteferrina, quercitina), il cui utilizzo per questa indicazione non è, quindi, raccomandato.

Per una più completa valutazione delle diverse categorie di farmaci da utilizzare nelle diverse fasi della malattia in relazione alle prove di efficacia disponibili, si fornisce di seguito una panoramica generale delle linee di indirizzo AIFA sulle principali categorie di farmaci. Le raccomandazioni fornite riflettono la letteratura e le indicazioni esistenti. Si basano anche sulle Schede Informativa AIFA che sono aggiornate in relazione alla rapida evoluzione delle evidenze scientifiche (<https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaci-utilizzabili-per-il-trattamento-della-malattiacovid19>).

### **Avvio del paziente alla terapia con anticorpi monoclonali o antivirali**

Attualmente in Italia per i pazienti con Covid-19 lieve – moderato che non necessitano di ospedalizzazione sono disponibili diversi trattamenti basati sulla somministrazione di anticorpi monoclonali o di agenti antivirali. Per entrambe le tipologie di trattamento, la maggiore efficacia si osserva con la somministrazione precoce rispetto all'esordio dei sintomi, possibilmente entro le 72 ore. Attualmente l'indicazione alla terapia sia con anticorpi monoclonali che con antivirali è rappresentata da soggetti con malattia lieve-moderata non ospedalizzati e non in ossigenoterapia che presentino fattori di rischio per lo sviluppo di Covid-19 grave. In accordo con le specifiche determinate autorizzative dell'AIFA, la selezione del paziente da trattare con anticorpi monoclonali o con antivirali è affidata ai MMG, ai PLS, ai medici delle USCA(R) e, in generale, ai medici che abbiano l'opportunità di entrare in contatto con **pazienti affetti da COVID-19 di recente insorgenza e con sintomi lievi-moderati**. Questi devono essere indirizzati rapidamente ai **centri abilitati alla prescrizione ed alla somministrazione/dispensazione di tali farmaci** per il COVID19 identificati dalle Regioni. Sia gli anticorpi monoclonali che gli antivirali per la cura del Covid-19 sono soggetti a registro di monitoraggio AIFA, in attuazione del DM 6 febbraio 2021 (pubblicato in GU n.32 dell'8 febbraio 2021).

### **Anticorpi monoclonali**

In Italia sono disponibili al momento tre diversi trattamenti a base di anticorpo monoclonale anti-SARS-CoV-2: l'associazione casirivimab/imdevibam e l'anticorpo sotrovimab, che hanno già ricevuto l'autorizzazione da EMA, e l'associazione bamlanivimab/etesevimab che è stata resa disponibile in Italia ai sensi dell'Art.5.2 del DL 219/2006 (Decreti ministeriali del 6 febbraio 2021, del 12 luglio 2021 e del 26 gennaio 2022). È raccomandato il trattamento nell'ambito di contesti assistenziali che consentano una pronta ed appropriata gestione di eventuali reazioni avverse gravi (es. shock anafilattico) secondo i percorsi che devono essere identi-

ficati ed implementati a livello regionale, favorendo quanto più possibile una somministrazione capillare e di prossimità ai pazienti, anche in sedi decentrate. Tali percorsi necessitano di un coordinamento continuativo, chiaro ed efficace tra i MMG/PLS e i Centri abilitati e la rete dei servizi territoriali anche per il supporto dei medici del territorio in merito ad eventuali eventi significativi successivi alla somministrazione con esordio ritardato. Il trattamento con anticorpi monoclonali deve essere iniziato il più precocemente possibile rispetto all'insorgenza dei sintomi, preferenzialmente entro le prime 72 ore, e comunque non oltre i sette giorni dall'esordio degli stessi, dopo i quali non è stata riscontrata efficacia terapeutica. L'efficacia di questi farmaci potrebbe essere ridotta nei pazienti che presentano anticorpi anti SARS-CoV-2 o per alcune varianti virali; di questo si dovrà tener conto in sede di scelta terapeutica anche in relazione alla situazione epidemiologica locale. In particolare, tutti gli anticorpi anti-SARS-CoV-2 disponibili in Italia (bamlanivamb/etesevimab, casirivimab/imdevimab e sotrovimab) mantengono una adeguata attività antivirale nei confronti delle varianti alfa (lignaggio B.1.1.7) e delta (lignaggio B.1.617.2), mentre l'attività neutralizzante della combinazione bamlanivamb/etesevimab, differenzialmente dagli altri anticorpi monoclonali disponibili in Italia (casirivimab/imdevimab e sotrovimab), è assente nei confronti delle varianti beta (B.1.351) e gamma (P.1). I dati relativi all'efficacia sulla variante Omicron indicano una sostanziale inefficacia delle combinazioni bamlanivamb/etesevimab e casirivimab/imdevimab, mentre sotrovimab sembra mantenere un'adeguata efficacia. Attualmente, alla luce della larghissima prevalenza della variante Omicron sul territorio italiano (stimata al 95,8 % dall'indagine rapida condotta dall'Istituto Superiore di Sanità il

17 gennaio<sup>(7)</sup>) e dell'oggettiva difficoltà nell'effettuare capillarmente la determinazione della variante responsabile dell'infezione in ogni soggetto, è raccomandabile un uso preferenziale di sotrovimab, vista la sua capacità neutralizzante rispetto alle varianti di SARS-CoV-2 circolanti. L'uso di altri anticorpi monoclonali potrà essere raccomandato in presenza accertata di variante Delta o di altre varianti ad essi sensibili (cfr. tabella presente pagina 27).

L'indicazione all'uso di anticorpi monoclonali, inoltre, potrà variare nel tempo in funzione della variante di SARS-CoV-2 prevalente nel Paese e della sua sensibilità ai diversi prodotti disponibili.

In base all'avanzamento delle conoscenze, delle disponibilità diagnostiche, delle eventuali difficoltà logistico-organizzative e della situazione epidemiologica, infine, potrà essere considerata l'opportunità di determinare la variante virale implicata nell'infezione prima di decidere su quale anticorpo o combinazione di anticorpi monoclonali orientare la scelta terapeutica.

La terapia con anticorpi monoclonali anti SARS-CoV-2 deve essere riservata, in base alle evidenze di letteratura, a pazienti con COVID-19 di recente insorgenza (al meglio entro 72 ore dalla diagnosi d'infezione da SARS-CoV-2 e comunque sintomatici da non oltre 7 giorni), con infezione confermata da SARS-CoV-2 di grado lieve o moderato e definiti ad alto rischio di sviluppare forme gravi in accordo alle determinate autorizzative per la presenza delle condizioni elencate nell'apposita scheda riportata alle pagine 23-29 del presente documento. Il trattamento oltre i 7 giorni dall'esordio dei sintomi può essere previsto solo in soggetti ospedalizzati non per COVID-19 con immunodeficienza e che presentino sierologia per SARS-

CoV-2 negativa e prolungata positività al tampone molecolare. La precedente vaccinazione anti COVID-19 non costituisce controindicazione alla somministrazione di anticorpi monoclonali anti-SARS-CoV-2 nei casi che ricadano nei criteri clinici stabiliti.

In caso di paziente in stato di gravidanza con fattori di rischio per evoluzione severa, l'effettuazione del trattamento con anticorpi monoclonali è demandata al giudizio clinico dei medici curanti basato su una valutazione rischi/benefici specifica per il singolo caso, non essendo disponibili, allo stato attuale, evidenze sufficienti in merito.

Si segnala, inoltre, che la combinazione casirivimab/imdevimab (al dosaggio di 1200/1200 mg per via EV) è stata autorizzata anche nei soggetti ospedalizzati come da inserimento in L648/96

(<https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1134592/Determina-DG-1414-2021-L.648-96-mAB-Roche-casirivimab-imdevimab.pdf>), tuttavia si ricorda che tale combinazione non è efficace contro la variante omicron attualmente prevalente. In Italia sono attivi quattro studi clinici finanziati da AIFA nell'ambito della Ricerca Indipendente proprio al fine di valutare l'efficacia comparativa dei differenti anticorpi disponibili ([https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1307084/Bando-Monoclonali-Graduatoria\\_finale.pdf](https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1307084/Bando-Monoclonali-Graduatoria_finale.pdf)).

Infine, si segnala che è stata recentemente resa disponibile l'associazione tixagevimab-cilgavimab (Evusheld®), che mantiene una parziale attività nei confronti della variante omicron, per la profilassi pre-esposizione del COVID-19, in presenza di sierologia negativa, in soggetti con grave stato di compromissione del sistema immunitario<sup>(8)</sup>. In soggetti a rischio (affetti da immunodeficienze primitive, trapianti-

(7) Comunicato Stampa N°08/2022 - Covid-19, flash survey Iss: il 17 gennaio il 95,8% dei campioni positivi a Omicron Pubblicato 28/01/2022

(8) Di seguito una lista delle principali condizioni cliniche da considerare per la profilassi preesposizione con Evusheld: pazienti che abbiano assunto nell'ultimo anno terapie che comportano deplezione dei linfociti B (ad es. rituximab, ocrelizumab, ofatumumab, alemtuzumab), pazienti in trattamento con inibitori della tirosin-chinasi Bruton, pazienti trattati con CarT, pazienti trapiantati di cellule ematopoietiche che hanno una malattia da rigetto o che stanno assumendo farmaci immunosoppressori, pazienti con malattia onco-ematologica in fase attiva, pazienti trapiantati di polmone, pazienti trapiantati di organo solido (diverso dal trapianto di polmone) entro 1 anno dal trapianto, pazienti trapiantati di organi solidi con recente trattamento per rigetto acuto con agenti che riducono le cellule T o B, pazienti con immunodeficienze combinate gravi, pazienti con infezione da HIV non in trattamento e una conta dei linfociti T CD4 <50 cellule/mm<sup>3</sup>.

tati o con patologia onco-ematologica in trattamento), sempre in presenza di sierologia negativa, è autorizzata anche la profilassi con casirivimab/imdevimab, che tuttavia non è efficace contro la variante omicron attualmente prevalente. Trattandosi di soggetti in trattamento specialistico per la condizione di grave immunosoppressione è opportuno che la profilassi venga concordata nell'ambito di una valutazione complessiva.

## Antivirali

Recentemente sono stati resi disponibili tre antivirali (remdesivir, nirmatrelvir/ritonavir e molnupiravir) per il trattamento di soggetti adulti con COVID-19 di grado lieve-moderato che non necessitano di ossigenoterapia supplementare, non ospedalizzati e che presentino almeno uno fra i seguenti fattori di rischio associati all'evoluzione in malattia severa:

- Patologia oncologica/oncoematologica in fase attiva,
- Insufficienza renale cronica,
- Broncopneumopatia severa,
- Immunodeficienza primitiva o acquisita,
- Obesità [(Body Mass Index, BMI)  $\geq 30$ ],
- Malattia cardiovascolare grave (scempenso cardiaco, malattia coronarica, cardiomiopatia),
- Diabete mellito non compensato.

Il **remdesivir** è un farmaco antivirale (profarmaco analogo nucleotidico dell'adenosina), già autorizzato da EMA per il trattamento di casi CO-

VID-19 con polmonite che richiedono ossigenoterapia supplementare, che ha ottenuto a dicembre 2021 l'autorizzazione per l'estensione di indicazione relativa al trattamento di COVID-19 anche negli "adulti che non richiedono ossigenoterapia supplementare e presentano un aumento del rischio di progressione a COVID-19 severa".

Il trattamento, che prevede una somministrazione endovenosa al giorno per 3 giorni, deve essere iniziato il prima possibile dopo la diagnosi di COVID-19 ed entro 7 giorni dalla comparsa dei sintomi. I pazienti trattati con remdesivir in ambiente ambulatoriale devono essere monitorati secondo la pratica locale e la somministrazione deve essere effettuata in condizioni in cui è possibile trattare le reazioni di ipersensibilità severa, inclusa l'anafilassi. Costituiscono controindicazioni al trattamento con remdesivir valori di transaminasi superiori a 5 volte i valori normali e eGFR  $< 30$  ml/min.

Per le specifiche in merito alle modalità di somministrazione e per ulteriori informazioni si rimanda alla scheda tecnica del medicinale Veklury® e alla scheda disponibile sul sito dell'AIFA (<https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaci-utilizzabili-per-il-trattamento-della-malattiacovid19>). Per la prescrizione ed il monitoraggio degli esiti è prevista la compilazione di un registro web AIFA.

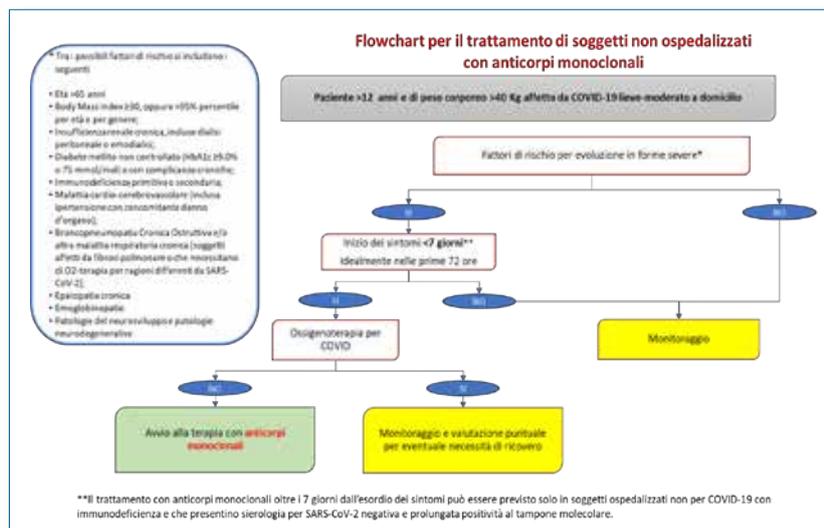
Paxlovid®, associazione di **nirmatrelvir** (anche noto come PF-07321332) e

**ritonavir**, è il primo farmaco antivirale orale ad essere stato autorizzato da EMA per il trattamento del COVID-19 in soggetti adulti, non ospedalizzati e ad alto rischio di sviluppare una malattia grave da COVID-19. Il medicinale contiene due principi attivi, nirmatrelvir e ritonavir, presenti in due compresse distinte: nirmatrelvir agisce riducendo la capacità del SARS-CoV-2 di replicarsi nell'organismo, mentre ritonavir (farmaco già da tempo utilizzato nel trattamento dell'infezione da HIV) non ha attività antivirale, ma funziona da booster farmacologico prolungando l'azione di nirmatrelvir.

La prescrivibilità del prodotto è limitata ai medici operanti nell'ambito delle strutture identificate dalle Regioni per la somministrazione e la distribuzione del farmaco e deve avvenire nel rispetto dei criteri fissati dalla CTS, e indicati nell'ambito del Registro web (<https://www.aifa.gov.it/registri-epiani-terapeutici1>).

Paxlovid® deve essere somministrato il prima possibile dopo la diagnosi di COVID 19, non oltre 5 giorni dall'insorgenza dei sintomi. Il trattamento consiste nell'assunzione di due compresse di nirmatrelvir e una compressa di ritonavir, due volte al giorno, per 5 giorni.

Paxlovid® è un inibitore del CYP3A e può aumentare le concentrazioni plasmatiche dei medicinali principalmente metabolizzati dal CYP3A. Pertanto, è controindicata la co-somministrazione di Paxlovid® con medicinali altamente dipendenti dal CYP3A per la clearance e per i quali concentrazioni plasmatiche elevate sono associate a eventi gravi e/o potenzialmente fatali. Inoltre, i medicinali che inducono il CYP3A possono ridurre le concentrazioni plasmatiche di PF-07321332 e ritonavir e ridurre l'effetto terapeutico di Paxlovid®. Ulteriore controindicazione all'utilizzo di Paxlovid è rappresentata da un filtrato glomerulare  $< 30$  mL/min e la posologia andrebbe ridotta a 1 capsula di nirmatrelvir + 1 di ritonavir due volte al giorno per valori di eGFR compresi tra 30 e 60 mL/min. Si richiama, pertanto, l'attenzione dei prescrittori sulla necessità di indagare in maniera accurata la funzionalità



renale e l'anamnesi farmacologica del paziente al fine di controllare tutte le possibili interazioni farmacologiche con altri farmaci, in relazione alle quali nelle informazioni sul prodotto di Paxlovid® sono state incluse avvertenze e raccomandazioni ([https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/paxlovid-epar-productinformation\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/paxlovid-epar-productinformation_en.pdf)). Per un ulteriore supporto nella valutazione delle possibili interazioni farmacologiche si consiglia di consultare il sito: <https://www.covid19-druginteractions.org/>.

Il **molnupiravir** (un profarmaco metabolizzato all'analogo ribonucleosidico N idrossicitidina) è un antivirale orale non ancora autorizzato da EMA, ma reso disponibile ai sensi dell'Art.5.2 del DL 219/2006 (Decreto Ministeriale del 26 novembre 2021).

La prescrivibilità del prodotto è limitata ai medici operanti nell'ambito delle strutture identificate dalle Regioni per la somministrazione e la distribuzione del farmaco e deve avvenire nel rispetto dei criteri fissati dalla CTS, e indicati nell'ambito del Registro web (<https://www.aifa.gov.it/registri-epiani-terapeutici1>).

Molnupiravir deve essere somministrato il prima possibile dopo la conferma di diagnosi di COVID-19, non oltre 5 giorni dall'insorgenza dei sintomi. La dose raccomandata di molnupiravir è di 800 mg (quattro capsule da 200 mg) da assumere per via orale ogni 12 ore per 5 giorni.

Sebbene i pazienti con compromissione renale severa siano stati esclusi dagli studi clinici e sebbene vi sia solo un'esperienza limitata sull'uso di molnupiravir in soggetti con qualsiasi grado di compromissione epatica, sulla base dei dati di farmacocinetica disponibili, non sono necessari aggiustamenti di dosaggio in caso di compromissione renale o epatica.

Si richiama, inoltre, l'attenzione sulla necessità di seguire appropriate misure contraccettive efficaci:

- per le donne potenzialmente fertili la contraccezione deve avvenire attraverso metodi efficaci (che includono necessariamente un metodo di barriera) per l'intera durata del trattamento e per almeno 4 giorni dopo la fine dello stesso;
- per gli uomini partner di donne potenzialmente fertili, la contraccezione deve avvenire per l'intera durata del trattamento con molnupiravir e per almeno 3 mesi dopo la fine dello stesso.

Per la prescrizione di molnupiravir, non essendo il farmaco autorizzato da EMA, ma disponibile in Italia tramite procedura emergenziale, è, inoltre, prevista la firma del consenso informato da parte del paziente.

### **Indicazioni relative alla gestione domiciliare del COVID-19 in età pediatrica ed evolutiva**

L'infezione da SARS-CoV-2 in età evolutiva è caratterizzata prevalentemente, in tutte le fasce di età (0-18 anni), da assenza di sintomi o da quadri clinici lievi (la grande maggioranza) e/o di moderata entità (forma asintomatica o pauci-sintomatica). In base ai dati dell'Istituto Superiore di Sanità disponibili<sup>(9)</sup>, degli oltre 144.000 decessi causati dal COVID in Italia fino a gennaio 2022, sono 44 quelli verificatisi in età evolutiva (0-18 anni) e prevalentemente, ma non esclusivamente, in soggetti fragili e/o con necessità assistenziali complesse (affetti da importanti e pregresse patologie e/o sindromi).

Nei soggetti in età evolutiva i casi che hanno avuto necessità di cure intensive sono stati circa 1.000 in Italia dall'inizio della pandemia e sono aumentati nelle ultime settimane; fino all'introduzione della vaccinazione dai 12 anni di età i ricoveri in terapia intensiva sono stati a seguito di diagnosi di MIS-C (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children); in quasi tutti i casi di MIS-C si è avuta la completa risoluzione del quadro e guarigione, e solo in una minoranza dei casi si sono manifestati esiti. In questi ultimi pazienti viene effettuato un program-

ma di followup. Dall'inizio della campagna vaccinale dedicata ai soggetti in età pediatrica ed evolutiva, i casi gravi e/o bisognosi di cure intensive in soggetti affetti da COVID, si sono manifestati prevalentemente nei soggetti non vaccinati e/o non vaccinabili (<12 anni, prevalentemente < 5 anni).

In età evolutiva i sintomi sono rappresentati principalmente da febbre (che può essere elevata e per più giorni), tosse (talvolta insistente/continua), faringodinia, rinite con congestione nasale, cefalea (nei più grandi), vomito e diarrea. Sintomi presenti e importanti nell'età adulta quali il dolore toracico, la dispnea, l'astenia, sono meno frequenti. In pazienti sintomatici è stata riscontrata raramente ipossiemia, al contrario di quanto accade negli adulti. I ragazzi più grandi, in età adolescenziale e preadolescenziale, possono accusare, invece, sintomi simili a quelli dell'adulto: alterazioni del gusto e dell'olfatto, vomito, mal di testa e dolore toracico.

Nei bambini asintomatici non occorre somministrare alcun farmaco, mentre in quelli che accusano sintomi simil-influenzali è consigliabile, in caso di necessità (febbre >38,5°C, mal di gola, cefalea, dolori articolari ecc.), su indicazione del Pediatra/ Medico curante, somministrare terapia sintomatica con Paracetamolo (10 - 15 mg/kg/dose ogni 4-6 ore) o Ibuprofene (da 20 mg a 30 mg per kg di peso corporeo al giorno, sempre a stomaco pieno, divisi in tre dosi, ogni 6-8 ore).

Durante la malattia è opportuno che il paziente stia a riposo e che assuma liquidi.

È raro che un bambino o un adolescente debba essere ricoverato in ospedale per cui, nella maggioranza dei casi, i pazienti in età pediatrica possono essere assistiti a domicilio, nel rispetto delle misure di isolamento e mantenendo un contatto quotidiano (telefonico o tramite teleconsulto) con il Pediatra/Medico curante per il monitoraggio del quadro clinico.

(9) <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-sorveglianza-dati>



## RACCOMANDAZIONI AIFA SUI FARMACI per la gestione domiciliare di COVID-19 Vers. 7 – Agg. 09/02/2022

### FARMACI SINTOMATICI

#### Terapia sintomatica

**Paracetamolo o FANS** possono essere utilizzati in caso di febbre o dolori articolari o muscolari (a meno che non esista chiara controindicazione all'uso). Altri farmaci sintomatici potranno essere utilizzati su giudizio clinico.

### FARMACI DA UTILIZZARE SOLO IN SPECIFICHE FASI DELLA MALATTIA

#### Antivirali

Recentemente sono stati resi disponibili tre antivirali (remdesivir, nirmatrelvir/ritonavir e molnupiravir) per il trattamento di soggetti adulti con COVID-19 che non necessitano di ossigenoterapia supplementare e che sono a maggior rischio di progressione verso forme severe di COVID-19.

Il paziente **non deve essere ospedalizzato** a causa di COVID-19, deve presentare una forma di **grado lieve-moderato** e almeno uno fra i seguenti fattori di rischio associati all'evoluzione in malattia severa:

- Patologia oncologica/oncoematologica in fase attiva
- Insufficienza renale cronica
- Broncopneumopatia severa
- Immunodeficienza primitiva o acquisita
- Obesità [(Body Mass Index, BMI)  $\geq 30$ ]
- Malattia cardiovascolare grave (scompenso cardiaco, malattia coronarica, cardiomiopatia)
- Diabete mellito non compensato.

#### Remdesivir – Veklury®

informazioni per gli operatori sanitari  
<https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaciutilizzabili-per-il-trattamentodella-malattia-covid19>

Il **remdesivir** è un farmaco antivirale (profarmaco analogo nucleotidico dell'adenosina), già autorizzato da EMA per il trattamento del COVID-19 con polmonite che richiede ossigenoterapia supplementare, ha ottenuto a dicembre 2021 l'autorizzazione per l'estensione di indicazione relativa al trattamento del COVID-19 negli "adulti che non richiedono ossigenoterapia supplementare e presentano un aumento del rischio di progressione a COVID-19 severa". Il trattamento deve essere iniziato il prima possibile dopo la diagnosi di COVID-19 ed entro 7 giorni dalla comparsa dei sintomi.

Il dosaggio raccomandato di remdesivir negli adulti è:

- giorno 1: singola dose di carico di remdesivir 200 mg somministrata tramite infusione endovenosa
- dal giorno 2 in poi: 100 mg somministrati una volta al giorno tramite infusione endovenosa.

La durata totale del trattamento deve essere di 3 giorni.

I pazienti devono essere monitorati durante il trattamento con remdesivir.

La somministrazione del farmaco in ambiente ambulatoriale deve essere monitorata secondo la pratica locale. L'utilizzo deve avvenire in condizioni in cui è possibile trattare le reazioni di ipersensibilità severa, inclusa l'anafilassi. Per la prescrizione ed il monitoraggio degli esiti è prevista la compilazione di un registro web AIFA.

<p>Nirmatrelvir/ritonavir – Paxlovid®</p> <p>Informazioni per gli operatori sanitari <a href="https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/summaries-opinion/paxlovid">https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/summaries-opinion/paxlovid</a></p>	<p>Paxlovid® (<b>nirmatrelvir-ritonavir</b>) è il primo farmaco antivirale orale ad essere stato autorizzato da EMA per il trattamento del COVID-19 in soggetti adulti, non ospedalizzati e ad alto rischio di sviluppare una malattia grave da COVID-19. Il medicinale contiene due principi attivi, nirmatrelvir e ritonavir, presenti in due compresse distinte: nirmatrelvir agisce riducendo la capacità del SARS-CoV-2 di replicarsi nell'organismo, mentre ritonavir (farmaco già da tempo utilizzato nel trattamento dell'infezione da HIV) non ha attività antivirale ma funziona da booster farmacologico prolungando l'azione di nirmatrelvir. Paxlovid® deve essere somministrato il prima possibile dopo la diagnosi di COVID-19, non oltre 5 giorni dall'insorgenza dei sintomi. Il trattamento consiste nell'assunzione di due compresse di nirmatrelvir e una compressa di ritonavir, due volte al giorno, per 5 giorni.</p> <p>Per le avvertenze e precauzioni d'impiego si veda il Riassunto delle Caratteristiche del prodotto - RCP (<a href="https://www.ema.europa.eu/en/documents/productinformation/paxlovid-epar-product-information_en.pdf">https://www.ema.europa.eu/en/documents/productinformation/paxlovid-epar-product-information_en.pdf</a>).</p> <p>Si richiama l'attenzione dei prescrittori sulla necessità di indagare in maniera accurata l'anamnesi farmacologica del paziente in quanto il ritonavir ha importanti interazioni farmacologiche con molti farmaci, in relazione alle quali nelle informazioni sul prodotto di Paxlovid sono state incluse avvertenze e raccomandazioni. Per un ulteriore supporto nella valutazione delle possibili interazioni farmacologiche si consiglia di consultare il sito: <a href="https://www.covid19-druginteractions.org/">https://www.covid19-druginteractions.org/</a></p>
<p>Molnupiravir – Lagevrio®</p> <p>informazioni per gli operatori sanitari <a href="https://www.aifa.gov.it/usodegli-antivirali-oraliper-covid-19">https://www.aifa.gov.it/usodegli-antivirali-oraliper-covid-19</a></p>	<p>Il <b>molnupiravir</b> un farmaco antivirale (profarmaco metabolizzato all'analogo ribonucleosidico N-idrossicitidina), non ancora autorizzato da EMA, ma reso disponibile ai sensi dell'Art.5.2 del DL 219/2006 (Decreto Ministeriale del 26 novembre 2021). Molnupiravir deve essere somministrato il prima possibile dopo la conferma di diagnosi di COVID-19, non oltre 5 giorni dall'insorgenza dei sintomi.</p> <p>La dose raccomandata di molnupiravir è di 800 mg (quattro capsule da 200 mg) da assumere per via orale ogni 12 ore per 5 giorni.</p> <p>Per le avvertenze e precauzioni d'impiego si vedano le informazioni per gli operatori sanitari (<a href="https://www.aifa.gov.it/uso-degli-antivirali-oraliper-covid-19">https://www.aifa.gov.it/uso-degli-antivirali-oraliper-covid-19</a>). Si richiama l'attenzione sulla necessità di seguire appropriate misure contraccettive.</p> <p><b>Nelle donne potenzialmente fertili</b> utilizzare un metodo di contraccezione efficace (che includa necessariamente un metodo di barriera), per l'intera durata del trattamento e per almeno 4 giorni dopo la fine del trattamento stesso.</p> <p><b>Negli uomini, partner di donna potenzialmente fertile</b>, la contraccezione deve avvenire per l'intera durata del trattamento e per almeno 3 mesi dopo la fine del trattamento con molnupiravir.</p> <p>Per la prescrizione ed il monitoraggio degli esiti a 30 giorni è prevista la compilazione di un registro web AIFA, inoltre, non essendo il farmaco autorizzato da EMA, ma disponibile in Italia tramite procedura emergenziale, è prevista la firma del consenso informato da parte del paziente.</p>

<p><b>Anticorpi Monoclonali</b></p> <p>bamlanivimab/etesevimab</p> <p>informazioni per gli operatori sanitari <a href="https://www.aifa.gov.it/uso-degli-anticorpi-monoclonali">https://www.aifa.gov.it/uso-degli-anticorpi-monoclonali</a></p> <p><i>casirivimab/imdevimab – Ronapreve® (600/600 mg)</i></p> <p>informazioni per gli operatori sanitari <a href="https://www.aifa.gov.it/usodegli-anticorpi-monoclonali">https://www.aifa.gov.it/usodegli-anticorpi-monoclonali</a></p> <p><i>sotrovimab – Xevudy®</i></p> <p>informazioni per gli operatori sanitari <a href="https://www.aifa.gov.it/usodegli-anticorpi-monoclonali">https://www.aifa.gov.it/usodegli-anticorpi-monoclonali</a></p>	<p>Gli anticorpi monoclonali disponibili in Italia sono: l'associazione casirivimab/imdevimab, l'associazione bamlanivimab/etesevimab e il sotrovimab.</p> <p>Gli anticorpi monoclonali casirivimab/imdevimab e il sotrovimab sono stati autorizzati dall'EMA, mentre l'associazione bamlanivimab/etesevimab, è stata resa disponibile ai sensi dell'Art.5.2 del DL 219/2006 (Decreto Ministeriale del 6 febbraio 2021 e del 12 luglio 2021).</p> <p>La popolazione candidabile alla terapia con i tre trattamenti è rappresentata da soggetti di età pari o superiore a 12 anni (e almeno 40 Kg), positivi al SARS-CoV-2, <b>non ospedalizzati</b> per COVID-19, non in ossigenoterapia per COVID-19, con sintomi di <b>grado lieve-moderato</b> e che sono ad alto rischio di COVID-19 severa. Tra i possibili fattori di rischio si includono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• età &gt;65 anni;</li> <li>• avere un indice di massa corporea (Body Mass Index, BMI) <math>\geq 30</math>, oppure &gt;95% percentile per età e per genere;</li> <li>• insufficienza renale cronica, incluse dialisi peritoneale o emodialisi;</li> <li>• diabete mellito non controllato (HbA1c <math>\geq 9.0\%</math> o 75 mmol/mol) o con complicanze croniche;</li> <li>• immunodeficienza primitiva o secondaria;</li> <li>• malattia cardio-cerebrovascolare (inclusa ipertensione con concomitante danno d'organo)</li> <li>• broncopneumopatia cronica ostruttiva e/o altra malattia respiratoria cronica (ad es. soggetti affetti da asma, fibrosi polmonare o che necessitano di ossigenoterapia per ragioni differenti da SARS-CoV-2);</li> <li>• Epatopatia cronica</li> <li>• Emoglobinopatie</li> <li>• Patologie del neurosviluppo e patologie neurodegenerative.</li> </ul> <p>COVID-19 deve essere di recente insorgenza (comunque da non oltre 7 giorni). Il trattamento è possibile oltre i sette giorni dall'esordio solo in soggetti con immunodeficienza che presentino: sierologia per SARS-CoV- 2 negativa e prolungata positività al tampone molecolare.</p> <p>Per tutti i tre trattamenti è prevista un'unica somministrazione ai seguenti dosaggi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bamlanivimab (700 mg) + etesevimab (1.400 mg) per via EV</li> <li>- casirivimab (600 mg) + imdevimab (600 mg) per via EV; l'associazione può essere somministrata alla stessa posologia per via sottocutanea, qualora la somministrazione endovenosa non sia fattibile e comporti un ritardo nel trattamento.</li> <li>- sotrovimab (500 mg) per via EV</li> </ul> <p>Per le modalità e la durata si vedano le informazioni per gli operatori sanitari (<a href="https://www.aifa.gov.it/uso-degli-anticorpi-monoclonali">https://www.aifa.gov.it/uso-degli-anticorpi-monoclonali</a>).</p> <p>La somministrazione deve essere monitorata fino ad un'ora dopo il termine dell'infusione da parte di un operatore sanitario adeguatamente formato ed in grado di gestire eventuali reazioni avverse gravi.</p> <p>Per la prescrizione ed il monitoraggio degli esiti a 30 giorni è prevista la compilazione di un registro web AIFA. Per l'associazione bamlanivimab/etesevimab, non ancora autorizzato da EMA, ma disponibile in Italia tramite procedura emergenziale, è inoltre prevista la firma del consenso informato da parte del paziente.</p> <p>L'efficacia degli anticorpi monoclonali potrebbe essere ridotta nei pazienti che presentano anticorpi anti SARS-COV-2 o per alcune varianti virali; di questo si dovrà tener conto in sede di scelta terapeutica anche in relazione alla situazione epidemiologica locale. Sulla base dei dati disponibili, si riporta nella tabella di seguito l'efficacia nei confronti delle VOC per ciascuno degli anticorpi monoclonali disponibili in Italia.</p>
--	--

Efficacia in vitro rispetto alle VOC circolanti degli anticorpi monoclonali disponibili in Italia ( <a href="https://www.idsociety.org/covid-19-real-time-learning-network/emerging-variants/emerging-covid-19-variants/">https://www.idsociety.org/covid-19-real-time-learning-network/emerging-variants/emerging-covid-19-variants/</a> )			
Variante (WHO label/ Pango lineage)	Bamlanivimab + etesevimab	casirivimab + imdevimab (Ronapreve)	Sotrovimab (Xevudy)
Omicron B.1.1.529	Attività neutralizzante assente	Attività neutralizzante assente	Attività neutralizzante conservata
Delta B.1.617.2	Attività neutralizzante conservata	Attività neutralizzante conservata	Attività neutralizzante conservata
Gamma P.1	Attività neutralizzante marcatamente ridotta	Attività neutralizzante conservata	Attività neutralizzante conservata
Beta B.1.351	Attività neutralizzante marcatamente ridotta	Attività neutralizzante conservata	Attività neutralizzante conservata
Alpha B.1.1.7	Attività neutralizzante conservata	Attività neutralizzante conservata	Attività neutralizzante conservata

## Eparine

Scheda Informativa AIFA:  
<https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaci-utilizzabili-per-il-trattamento-della-malattia-covid19>

L'uso delle **eparine (solitamente le eparine a basso peso molecolare)** nella profilassi degli eventi trombo-embolici nel paziente medico con infezione respiratoria acuta e ridotta mobilità è raccomandato dalle principali linee guida e deve continuare per l'intero periodo dell'immobilità. L'utilizzo routinario delle eparine **non è raccomandato** nei soggetti non ospedalizzati e non allettati a causa dell'episodio infettivo, in quanto non esistono evidenze di un beneficio clinico in questo setting di pazienti / fase di malattia. Nel caso di soggetto allettato possono essere usati i dosaggi profilattici dei vari composti eparinici disponibili.

È importante ricordare che l'infezione da SARS-CoV-2 non rappresenta una controindicazione a continuare la terapia anticoagulante orale (con AVK o NAO) o la terapia antiaggregante anche doppia già in corso.

## FARMACI NON RACCOMANDATI PER IL TRATTAMENTO DEL COVID-19

### Antibiotici

Scheda AIFA Informativa (relativa ad azitromicina):  
<https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaci-utilizzabili-per-il-trattamento-della-malattia-covid19>

#### L'utilizzo di antibiotici non è raccomandato per il trattamento dell'infezione da SARS-CoV-2.

Recenti studi clinici randomizzati ben condotti (che nella maggior parte dei casi valutavano l'efficacia dell'azitromicina) hanno dimostrato che l'utilizzo di un antibiotico, da solo o associato ad altri farmaci, con particolare riferimento all'idrossiclorochina, non modifica il decorso clinico della malattia. L'uso di un antibiotico può essere considerato solo quando si sospetta la presenza di una sovrapposizione batterica, in rapporto al quadro clinico generale del paziente. Un ingiustificato utilizzo degli antibiotici può inoltre determinare l'insorgenza e il propagarsi di resistenze batteriche che potrebbero compromettere la risposta a terapie antibiotiche future.

### Idrossiclorochina

Scheda Informativa AIFA:  
<https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaci-utilizzabili-per-il-trattamento-della-malattia-covid19>

#### L'utilizzo di clorochina o idrossiclorochina non è raccomandato né allo scopo di prevenire né allo scopo di curare l'infezione.

Gli studi clinici randomizzati ad oggi pubblicati concludono per una sostanziale inefficacia del farmaco a fronte di un aumento degli eventi avversi, seppure non gravi. Ciò rende negativo il rapporto fra i benefici e i rischi dell'uso di questo farmaco.

<p><b>Lopinavir / ritonavir Darunavir / ritonavir o cobicistat</b></p> <p>Scheda Informativa AIFA: <a href="https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmacitutilizzabili-per-il-trattamento-della-malattia-covid19">https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmacitutilizzabili-per-il-trattamento-della-malattia-covid19</a></p>	<p><b>L'utilizzo di lopinavir / ritonavir o darunavir / ritonavir o cobicistat non è raccomandato né allo scopo di prevenire né allo scopo di curare l'infezione.</b></p> <p>Gli studi clinici randomizzati ad oggi pubblicati concludono tutti per un'inefficienza di questi approcci farmacologici.</p>
<p>Le raccomandazioni fornite riflettono la letteratura e le indicazioni esistenti e verranno aggiornate in relazione alla rapida evoluzione delle evidenze scientifiche. Per un maggiore dettaglio sulle singole schede è possibile consultare il sito istituzionale dell'AIFA al seguente link: <a href="https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmacitutilizzabili-per-il-trattamento-della-malattia-covid19">https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmacitutilizzabili-per-il-trattamento-della-malattia-covid19</a>.</p> <p>Dalle linee di indirizzo fornite è esclusa l'ossigenoterapia che rappresenta un presidio terapeutico essenziale in presenza di insufficienza respiratoria e per il cui corretto utilizzo si rimanda alle raccomandazioni specifiche. In aggiunta a queste raccomandazioni occorre precisare che i soggetti in trattamento cronico (ad esempio con antipertensivi, ACE-inibitori o statine) è raccomandato che proseguano il loro trattamento fino a differenti disposizioni del proprio medico.</p> <p>I soggetti in trattamento immunosoppressivo cronico in ragione di un precedente trapianto di organo solido piuttosto che per malattie a patogenesi immunomediata, potranno proseguire il trattamento farmacologico in corso a meno di diversa indicazione da parte dello specialista curante.</p>	

## Bibliografia essenziale:

- National Institutes of Health. COVID-19 Treatment Guidelines. Management of persons with COVID-19. Bethesda, MD NIH; 2020 <https://files.covid19treatmentguidelines.nih.gov/guidelines/covid19treatmentguidelines.pdf>
- Zhou F, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult in patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 395:1054-62
- Chen T, et al. Clinical characteristics and outcomes of older patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan, China (2019): a single-centered, retrospective study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2020 Apr 11: glaa089
- Jutzeler CR, et al. Comorbidities, clinical signs and symptoms, laboratory findings, imaging features, treatment strategies, and outcomes in adult and pediatric patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Med Infect Dis*. 2020 Aug 4:101825
- Cleveland Clinic. Predict hospitalization risk for COVID-19 positive. <https://riskcalc.org/COVID19Hospitalization/>
- World Health Organization (WHO). Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts Interim guidance. WHO 2020 [updated 24 september 2021]
- Huang CC, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan. *Lancet* 2020; 395:497-506 Richardson S, et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. *JAMA* 2020; 323: 2052-9
- Report ISS sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia Aggiornamento del 10 gennaio 2022
- Ferguson N, Ghani A, Hinsley W, Volz E, team obotlCC-r. Report 50: Hospitalisation risk for Omicron cases in England 2021 [Available from: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperialcollege/medicine/mrc-gida/2021-12-22-COVID19-Report-50.pdf>
- Bager P, Wohlfahrt J, Bhatt S, Edslev SM, Sieber RN, Ingham AC, et al. Reduced Risk of Hospitalisation Associated With Infection With SARS-CoV-2 Omicron Relative to Delta: A Danish Cohort Study 2022 [Available from: <https://ssrn.com/abstract=4008930>
- Sheikh A, Kerr S, Woolhouse M, McMenamin J, Robertson C. Severity of Omicron variant of concern and vaccine effectiveness against symptomatic disease: national cohort with nested test negative design study in Scotland 2021 [Available from: <https://www.research.ed.ac.uk/en/publications/severity-of-omicron-variant-of-concern-and-vaccine-effectiveness->
- Christensen PA, Olsen RJ, Long SW, Snehal R, Davis JJ, Saavedra MO, et al. Signals of significantly increased vaccine breakthrough, decreased hospitalization rates, and less severe disease in patients with COVID-19 caused by the Omicron variant of SARS-CoV-2 in Houston, Texas. *medRxiv*. 2022:2021.12.30.21268560
- Lewnard JA, Hong VX, Patel MM, Kahn R, Lipsitch M, Tartof SY. Clinical outcomes among patients infected with Omicron (B.1.1.529) SARS-CoV-2 variant in southern California. *medRxiv*. 2022:2022.01.11.22269045
- Wolter N, Jassat W, Walaza S, Welch R, Moultrie H, Groome M, Amoako DG, Everatt J, Bhiman JN, Scheepers C, Tebeila N, Chiwandire N, du Plessis M, Govender N, Ismail A, Glass A, Mlisana K, Stevens W, Treurnicht FK, Makatini Z, Hsiao NY, Parboosing R, Wadula J, Hussey H, Davies MA, Boule A, von Gottberg A, Cohen C. Early assessment of the clinical severity of the SARS-CoV-2 omicron variant in South

- Africa: a data linkage study. *Lancet*. 2022 Jan 19;S0140-6736(22)00017-4. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00017-4. Epub ahead of print. PMID: 35065011; PMCID: PMC8769664
15. Luks AM, et al. Pulse oximetry for monitoring patients with COVID-19 at home. Potential pitfalls and practical guidance. *Ann Am Thorac Soc*. 2020; 17: 1040-6
  16. National Health Service UK. Pulse oximetry to detect early deterioration of patients with COVID-19 in primary and community care settings. Publications approval reference: 001559 (11 June 2020, updated 7 October 2020)
  17. Bohannon RW et al. 1-Minute Sit-to-Stand Test: systematic review of procedures, performance, and clinimetric properties. *J Cardiopulm Rehab Prevent*. 2019; 39: 2-8
  18. O'Driscoll BR, et al. British Thoracic Society Emergency Oxygen Guideline Group; BTS Emergency Oxygen Guideline Development Group. BTS guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. *Thorax* 2017; 72: ii1-ii90
  19. Binita K, et al. Emergency oxygen therapy: from guideline to implementation. *Breath* 2013; 9: 246-254
  20. Crook S, et al. A multicentre validation of the 1-min sit-to-stand test in patients with COPD. *Eur. Respir. J*. 2017; 49: 1601871
  21. Mehmet H, et I. What is the optimal chair stand test protocol for older adults? A systematic review. *Disabil Rehabil*. 2020; 42: 2828-283
  22. Greenhalgh T, et al. Covid-19: a remote assessment in primary care. *Br Med J* 2020; 368: m1182
  23. Indicazioni *ad interim* per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19. Aggiornamento del Rapporto ISS COVID-19 n. 45/2020. Versione 5 febbraio 2021
  24. Li L, et al. Effect of convalescent plasma therapy on time to clinical improvement in patients with severe and life-threatening COVID-19: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2020;324(5):460-470. Published correction appears in *JAMA* 2020; 324(5): 519. doi:10.1001/jama.2020.10044
  25. Renn A, et al. Fruitful neutralizing antibody pipeline brings hope to defeat SARS-CoV-2. *Trends Pharmacol Sci*. 2020; 41(11): 815-29. doi:10.1016/j.tips.2020.07.004
  26. Chen P, et al. SARS-CoV-2 neutralizing antibody LY-CoV555 in outpatients with Covid-19. *N Engl J Med*, 202. doi:10.1056/NEJMoa2029849
  27. US Food and Drug Administration. FDA issues Emergency Use Authorization for convalescent plasma as potential promising COVID-19 treatment, another achievement in administration's fight against pandemic. Published August 23, 2020. Accessed December 22, 2020. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fdaissues-emergency-use-authorizationconvalescentplasma-potential-promising-covid-19-treatment>
  28. US Food and Drug Administration. Coronavirus (COVID-19) update: FDA authorizes monoclonal antibody for treatment of COVID-19. Published November 9, 2020. Accessed December 22, 2020. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fdaauthorizes-monoclonal-antibody-treatmentcovid-19>
  29. US Food and Drug Administration. Coronavirus (COVID-19) update: FDA authorizes monoclonal antibodies for treatment of COVID-19. Published November 21, 2020. Accessed December 22, 2020. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fdaauthorizes-monoclonal-antibodies-treatmentcovid-19>
  30. Wang P, et al. Increased Resistance of SARS-CoV-2 Variants B.1.351 and B.1.1.7 to Antibody Neutralization. *BioRxiv* 2021 preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2021.01.25.428137>
  31. Starr et al., Prospective mapping of viral mutations that escape antibodies used to treat COVID19 *Science* 2021; 371: 850-4
  32. US Food and Drug Administration. Coronavirus (COVID-19) update: FDA Authorizes Additional Oral Antiviral for Treatment of COVID-19 in Certain Adults Published December 2021. Accessed December 2021 <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-authorizes-additional-oral-antiviral-treatment-covid-19-certain>
  33. US Food and Drug Administration. Coronavirus (COVID-19) update: FDA Authorizes First Oral Antiviral for Treatment of COVID-19 Published December 2021. Accessed December 2021 <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fdaauthorizes-first-oral-antiviral-treatment-covid-19>
  34. Agostiniani R et al. Providing pediatric well-care and sick visits in the COVID-19 pandemic era: the recommendations of the *Italian pediatric society*. *Italian Journal Pediatrics*, (2020) 46:133 doi. org/10.1186/s13052-020-00899-w
  35. Bellino S, et al. COVID-19 Disease Severity Risk Factors for Pediatric Patients in Italy. *Pediatrics* (2020) 146 doi: 10.1542/peds.2020-009399
  36. Bellino S et al Pediatric COVID-19 Cases Prelockdown and Postlockdown in Italy. *Pediatrics* 2021; 147 doi: 10.1542/peds.2020-035238
  37. Cattalini M. et al Childhood multisystem inflammatory syndrome associated with COVID-19 (MIS-C): a diagnostic and treatment guidance from the Rheumatology Study Group of the *Italian Society of Pediatrics*. *Italian Journal Pediatrics* 2021; 47:24 doi.org/10.1186/s13052-02000980-w
  38. Cianci P. et al Children with special health care needs attending emergency department in Italy: analysis of 3479 cases. *Italian Journal Pediatrics* 2020; 46:173 doi.org/10.1186/s13052-02000937-w
  39. Indicazioni *ad interim* per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19". Versione del 13 aprile 2020. Rapporti ISS COVID-19 n. 12/2020
  40. Ciofi degli Atti ML et al. Facing SARS-CoV-2 Pandemic at a COVID-19 Regional Children's Hospital in Italy. *Pediatr Infect Dis J*. 2020 Sep;39(9)
  41. Consiglio CR et al. The Immunology of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children with COVID-19. *Cell*. 2020 Nov 12; 183(4):968-981
  42. De Rose DU et al. Novel Coronavirus disease (COVID-19) in newborns and infants: what we know so far. *Ital J Pediatr*. 2020 Apr 29;46(1):56
  43. Garazzino S et al. Multicentre Italian study of SARS-CoV-2 infection in children and adolescents, preliminary data as at 10 April 2020. *Euro Surveill*. 2020 May;25(18)
  44. Jordan I., Fernandez de Sevilla M et al. Transmission of SARS-CoV-2 infection among children in summer schools applying stringent control measures in Barcelona, *Spain Journal of Infectious Diseases*, 2021, in press
  45. Lubrano R. et al Point of view of the Italians pediatric scientific societies about the pediatric care during the COVID-19 lockdown: what has changed and future prospects for restarting. *Italian Journal Pediatrics*, (2020) 46:142 doi. org/10.1186/s13052-020-00907-w
  46. Romani L et al. COVID-19 in Italian paediatric patients: The experience of a tertiary children's hospital. *Acta Paediatr*. 2020 Jul.
  47. Venturini E et al, Treatment of Children with COVID-19: position paper of the Italian Society of Pediatric Infectious Disease. *Italian Journal Pediatrics*, (2020) 46:139 doi.org/10.1186/s13052-020-00900-w
  48. Vivanti A et al. Transplacental transmission of SARS-CoV-2 infection. *Nature Communications*, 2020: 11
  49. Zimmermann P, Curtis N. COVID-19 in Children, Pregnancy and Neonates: A Review of Epidemiologic and Clinical Features. *Pediatr Infect Dis J*. 2020 Jun;39(6):469-477



# HIV ed AIDS 40 anni dopo l'inizio della pandemia

Sono passati 40 anni dalle prime segnalazioni della sindrome da immunodeficienza acquisita, AIDS, e pochi di meno dall'identificazione del virus che ne è responsabile, l' HIV. Parlare di AIDS e di HIV oggi è qualcosa di molto diverso rispetto a quanto non fosse negli anni che seguirono la scoperta del virus HIV e la sua identificazione come causa della malattia. Per quasi due decenni la positività all'HIV ha significato un'inesorabile progressione dell'infezione, caratterizzata dalla compromissione del sistema immunitario e dalla comparsa di gravi patologie correlate che conducevano alla morte del paziente. L'introduzione dei farmaci antiretrovirali e la messa a punto, a partire dal 1996, di una terapia combinata ad alta efficacia, ha gradualmente consentito la trasformazione dell'infezione da HIV in una condizione di fatto cronica, con aspettativa di vita sovrapponibile a quella delle persone non sieropositive. Anche se un trattamento in grado di eradicare il virus HIV è ancora lontano, i progressi sono continui e talora poco noti al di fuori di coloro che si occupano di questa malattia. Si cercherà di tracciare un quadro contemporaneo di questa malattia e dei risultati raggiunti, in un periodo in cui un altro virus ha preso prepotentemente il sopravvento ed ha oscurato la pandemia HIV.

**I numeri.** Gli ultimi dati diffusi dall'Istituto Superiore di Sanità sono relativi al 2020 e risentono dell'emergenza COVID-19, in modi e misure che potranno essere correttamente valutati nei prossimi anni. Nel 2020 sono state segnalate 1.303 nuove diagnosi di infezione da HIV, pari a 2,2 nuove diagnosi per 100.000 residenti, l'incidenza in Italia è inferiore a quella media rilevata nei Paesi dell'Unione Europea, pari a 3,3 casi per 100.000 residenti. L'incidenza di nuove diagnosi è in

diminuzione dal 2012, con una riduzione più evidente dal 2018 e particolarmente accentuata nell'ultimo anno. Nel 2020, l'incidenza più elevata di nuove diagnosi HIV si riscontra nella fascia di età 25-29 anni. Dal 2018 si osserva una evidente diminuzione dei casi per tutte le modalità di trasmissione. La modalità di trasmissione più frequente è attribuita a maschi che fanno sesso con maschi (MSM) ed è superiore a quella attribuibile a rapporti eterosessuali. Tra i maschi, più della metà delle nuove diagnosi HIV è in MSM. Dal 2016 si osserva una diminuzione del numero di nuove diagnosi HIV anche in stranieri. Nel 2020 più di 1/3 delle persone con nuova diagnosi HIV scopre di essere HIV positivo a causa della presenza di sintomi o patologie correlate all'HIV. Il numero di decessi in persone con AIDS è rimasto stabile. Complessivamente nel nostro Paese la popolazione positiva al virus HIV è stimata intorno a 130.000 persone.

**La terapia.** Non è disponibile una terapia in grado di eradicare l'HIV, sono invece disponibili molte molecole di diverse classi di farmaci in grado di controllare la replicazione virale. La maggior parte agisce bloccando l'attività di molecole specifiche e necessarie alla replicazione virale, quali trascrittasi, proteasi, integrasi. La terapia antiretrovirale (ART) si avvale di una combinazione di diverse classi di questi farmaci e deve essere iniziata il più precocemente possibile in tutte le persone affette da infezione da HIV, indipendentemente dallo stato immuno-virologico. L'ART deve essere assunta quotidianamente secondo le prescrizioni, non può essere interrotta o effettuata in maniera parziale o discontinua. L'efficacia del trattamento è determinata dal raggiungimento e mantenimento della soppressione virologica, definita da valori di HIV-

RNA < 40 copie/mL. La soppressione virologica plasmatica comporta un recupero dell'assetto immunologico del paziente, una riduzione dei livelli di infiammazione cronica e delle complicanze ad essa associate, un abbassamento del rischio di eventi clinici. Molto è stato fatto negli ultimi anni in termini di semplificazione della terapia e riduzione della tossicità a parità di efficacia, sono oggi disponibili combinazioni di farmaci che permettono di assumere tutta la terapia prevista in una singola somministrazione giornaliera, talora rappresentata da un'unica compressa, riducendo così il rischio di dimenticanze e di scarsa aderenza alla terapia. Prossimamente saranno inoltre disponibili farmaci a lunga durata d'azione da somministrare per via iniettabile, ad intervalli di mesi, per una migliore qualità di vita.

## La trasmissione: TasP, U=U, PrEP

I progressi delle terapie consentono oggi non solo di aumentare la conta dei CD4, diminuire il livello di infiammazione e abbassare il rischio di eventi clinici, ma anche di prevenire la trasmissione del virus e di ridurre i nuovi casi di infezione. In particolare, in circostanze e situazioni definite, l'estensione più ampia possibile del trattamento antiretrovirale (Treatment as Prevention, TasP) e la profilassi Pre-Exposizione (PrEP) sono risultate di provata efficacia nel limitare l'incidenza di nuove infezioni. La terapia antiretrovirale è in grado di sopprimere in maniera efficace la quantità (carica virale) del virus nel plasma (HIV-RNA), riducendo il rischio di trasmissione da madre al neonato durante la gravidanza e il parto (trasmissione verticale di HIV) e il rischio di trasmissione di HIV fra partners discordanti per via sessuale. Risultati importanti nel ridurre la trasmissione di HIV sono stati inoltre raggiunti con la profilassi pre-esposizione (PrEP). Il numero di casi

pediatrici si è drasticamente ridotto nell'ultimo ventennio, ora il rischio di trasmissione materno-fetale è inferiore al 1%. Per mantenere questo traguardo è però necessario che tutte le donne in gravidanza eseguano il test HIV e che quelle con infezione da HIV assumano un trattamento antiretrovirale idoneo a mantenere la viremia stabilmente non rilevabile. Gli studi hanno poi chiaramente dimostrato che il rischio di trasmissione di HIV in una coppia siero-discordante in cui il/la partner HIV-positivo/a sia in terapia antiretrovirale ed abbia una viremia stabilmente soppressa (al di sotto di 200 copie/mL) sia da considerare pari a zero (rischio assente) per tutte le modalità di rapporto sessuale (Undetectable=Untransmittable). Per il rispetto della condizione di non-trasmissibilità è necessaria l'aderenza alla terapia. Anche la profilassi pre-esposizione (PrEP) si è dimostrata efficace nella prevenzione della trasmissione dell'infezione di HIV. La PrEP è rivolta alle persone HIV-negative ad alto rischio di contrarre HIV ed è costituita da una combinazione di due farmaci antiretrovirali in un'unica compressa, tenofovir/emicitrabina, da assumere in maniera continua (quotidiana) o intermittente (on demand), prima e dopo i rapporti sessuali, secondo schemi ben precisi. Le implicazioni di questi dati sono molto significative, in particolare per le persone che vivono con HIV e per i medici che li hanno in cura, ma anche per l'impatto sulla razionalizzazione degli interventi sanitari e sulla società nel suo complesso. U-U e PrEP hanno cambiato le prospettive di vita delle persone che vivono con HIV, ridotto lo stigma, l'isolamento sociale

e affettivo ed incoraggiato ad aderire al trattamento. Queste evidenze non devono in alcun modo scoraggiare, nei rapporti sessuali con persone HIV-positive con viremia rilevabile o con persone con stato sierologico/virologico per HIV non noto, l'uso del profilattico che, va anche ricordato, riveste un ruolo essenziale al fine della prevenzione di altre infezioni sessualmente trasmissibili (IST).

**Obiettivi futuri.** Un trattamento in grado di eradicare il virus è ancora lontano, così come quello di un vaccino terapeutico e/o preventivo. A ciò va aggiunta la necessità di nuovi farmaci antiretrovirali poiché quelli disponibili non sono in grado di determinare la soppressione virologica in tutti i pazienti, vi è infatti ancora il problema della multiresistenza che interessa una piccola parte dei pazienti, pari al 2-3% del totale. I risultati raggiunti, tuttavia, oltre ad aver modificato la storia della malattia e migliorato la qualità di vita delle persone che vivono con infezione da HIV,

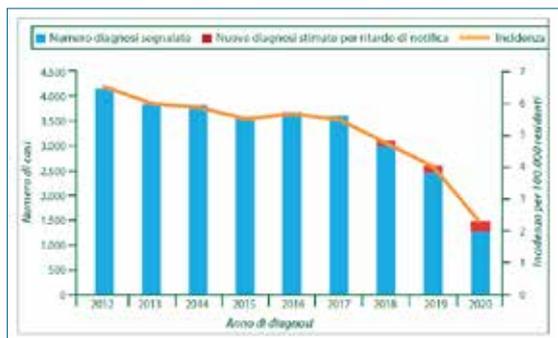


possono avere un ruolo nel bloccare o almeno rallentare l'andamento epidemico. Per ottenere questo risultato è però necessario identificare tutte le persone affette da infezione da HIV, trattare tutte le persone con infezione da HIV in modo efficace ed impedire che altre persone si infettino. Questi obiettivi fanno parte del programma di contrasto all'epidemia fissato da UNAIDS, l'agenzia delle Nazioni Unite

vanno concretizzando ancora troppo lentamente e presentano limiti talora insormontabili nella loro realizzazione in molti paesi del mondo a risorse limitate, dove l'HIV è ancora oggi il principale problema di salute pubblica e dove l'accesso alle cure non è ancora possibile per troppe persone. Anche in Italia questi obiettivi non sono stati del tutto raggiunti, più della metà delle nuove diagnosi riguardano infatti persone che scoprono di aver contratto il virus a distanza di anni dall'infezione, talora quando sono già sintomatiche, e probabilmente dopo aver contagiato altri individui. E' quindi necessario riportare l'attenzione su questa malattia, ricordare che la prevenzione rappresenta la strada principale per sconfi-ggere la diffusione di HIV, accrescere la consapevolezza sui comportamenti a rischio, dare informazioni adeguate sulla PrEP ed incentivare il test per arrivare a una diagnosi il più precoce possibile e quindi al trattamento, perché è ormai dimostrato che la trasmissione dell'HIV avviene prevalentemente tra persone inconsapevoli del proprio stato sierologico e che non assumono la terapia antiretrovirale.



DOTT.SSA GIOVANNA DE CHECCHI  
MALATTIE INFETTIVE, OSPEDALE DI LEGNAGO



Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV e incidenza corrette per ritardo di notifica (2012-2020). I dati relativi al 2020 possono aver risentito dell'emergenza COVID-19.

specificamente dedicata al controllo della malattia a livello mondiale, fissato in quattro "target" di salute globale, 95-95-95-95, da raggiungere entro il 2030: 95% di persone consapevoli della loro condizione; 95% in trattamento; 95% con carica virale non rilevabile; 95% con buona qualità di vita. Questi obiettivi tuttavia si

## Bibliografia:

- Understanding Fast-Track. Accelerating action to end the AIDS epidemic by 2030. UNAIDS, Joint United National Programme on HIV/AIDS.
- Notiziario Istisan volume 34, n. 11- novembre 2021 dell'Istituto superiore di sanità.
- Conferenza di Consenso Italiana su Ue-qualsU (U=U). Ministero della salute, Roma 12 novembre 2019.
- Linee guida Italiane sull'utilizzo della Terapia Antiretrovirale e la gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV.2017.
- European AIDS Clinical Society (EACS), Guidelines 2021.

# Consenso Informato: fondamenti etici, norme giuridiche e obblighi deontologici

di Giovanni Bonadonna

## FONDAMENTI ETICI DEL CONSENSO INFORMATO

Il consenso informato è il presupposto imprescindibile di qualsiasi scelta di cura, in quanto costituisce il riconoscimento del diritto di ogni persona ad esprimere la propria volontà rispetto alle scelte di cura che la riguardano. Tale diritto si basa su principi di natura etica, su norme di natura giuridica e su obblighi deontologici. In una prospettiva etica, il consenso informato è prima di tutto fondato sul rispetto del principio di autonomia della persona, che esprime l'obbligo di rispettare la dignità, la libertà e la intangibilità della persona e di conseguenza il diritto di ogni persona ad esprimere il consenso informato circa le decisioni di cura che la riguardano. Il rispetto del principio di autonomia della persona deve essere bilanciato con altri principi etici che sono a fondamento della cura, tra questi: il principio di beneficenza, che impone al medico di attuare solo le cure che portino al "vero bene" della persona e di bilanciare i benefici delle cure rispetto ai rischi ed alla gravosità delle cure stesse ed il principio di giustizia, che impone un'equa distribuzione dei benefici, dei rischi e dei costi delle cure, tra tutti i soggetti aventi diritto.

Nella valutazione dell'appropriatezza (corretta indicazione del trattamento che rientra nell'autonomia e responsabilità dei curanti) e della proporzionalità delle cure (bilancio tra beneficio e gravosità delle cure rispetto al quale la volontà della persona ha valore determinante) si debbono incontrare l'autonomia e la responsabilità della persona curata e dei suoi curanti. L'espressione di un consenso realmente informato e consapevole si può

realizzare compiutamente solo in un percorso di relazione e di fiducia tra la persona assistita ed i suoi curanti.

La relazione di cura, cioè il rapporto fiduciale che si stabilisce tra la persona assistita ed i suoi curanti, detto anche alleanza di cura, è dal punto di vista etico il fondamento della cura e solamente all'interno di questo tipo di relazione e di alleanza si può pervenire ad un consenso informato eticamente fondato. Relazione ed alleanza di cura presuppongono percorsi di informazione e di comunicazione, di ascolto e di dialogo, di partecipazione e di condivisione. Per queste ragioni più che parlare di "consenso informato" è più appropriato parlare di "consenso partecipato, vale a dire di un percorso di informazione e di comunicazione, quindi di un "percorso di relazione", all'interno del quale in maniera partecipata e condivisa con i curanti la persona assistita matura ed esprime le proprie scelte di cura.

Il consenso informato non è pertanto un atto burocratico, ma un percorso fondamentale nella relazione di cura tra la persona assistita (e i suoi familiari e/o le persone più prossime se la persona assistita è d'accordo) ed i curanti, un percorso di dialogo e di condivisione in cui vengono esaminate le evidenze diagnostiche, le prospettive terapeutiche, prognostiche e di qualità di vita e nel quale vengono condivise e pianificate le scelte di cura della persona assistita. La informazione, la comunicazione e la relazione di cura costituiscono pertanto i fondamenti etici del consenso informato.

## CONSENSO INFORMATO NELLE NORME GIURIDICHE

Si riportano di seguito alcuni riferimenti della Legge n° 219 del 22/12/2017: "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate

di trattamento", che confermano il valore determinante della informazione della comunicazione e della relazione di cura per la validità giuridica del consenso informato:

## ARTICOLO 1 CONSENSO INFORMATO

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.
2. È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico, che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'équipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.
3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle pos-

- sibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. **Ogni persona può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole.** Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.
- Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare.** Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.
  - Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario** indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, **il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento.** Sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

- Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale.** Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali".
- Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell' équipe sanitaria assicurano le cure necessarie,** nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirlo.
- Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.**
- Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione** dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.
- La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.**

## ART. 2 TERAPIA DEL DOLORE DIVIETO DI OSTINAZIONE IRRAGIONEVOLE DELLE CURE DIGNITÀ NELLA FASE FINALE DELLA VITA

- Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve **adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico.** A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38.
- Nei casi di paziente con **prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella som-**

ministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.

- Il ricorso alla **sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.**

## ART 3 CONSENSO MINORI O INCAPACI

- La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione ... deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità...**
- Il consenso informato al trattamento sanitario del minore** è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità...
- Il consenso informato della persona interdetta** è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile...
- Il consenso informato della persona inabilitata** è espresso dalla medesima persona inabilitata. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.
- Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa**

sa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.

## ART 4 DISPOSIZIONI - ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

1. Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

5. Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 1 (*il paziente non può esigere trattamenti contrari alla legge, deontologia, buone pratiche*), il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, si procede ai sensi del comma 5, dell'articolo 3 (*la decisione è rimessa al giudice tutelare*).

## ART 5 PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE (PCC)

1. Nella relazione tra paziente e medico, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti

ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.

2. Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia sono adeguatamente informati sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative.
3. Il paziente esprime il proprio consenso rispetto a quanto proposto dal medico e i propri intendimenti per il futuro, compresa l'eventuale indicazione di un fiduciario.
4. Il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso video-registrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare, e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico.

**CONSENSO INFORMATO NEL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA**  
Di seguito alcuni riferimenti al consenso informato tratti dal Codice di Deontologia Medica 2014:

### ART 20 CDM 2014

#### LA RELAZIONE DI CURA:

La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sulla individuazione e condivisione delle rispettive autonomie. Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e sulla informazione comprensibile e completa considerando il tempo della relazione come tempo di cura.

### ART 33 CDM 2014 - INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE CON LA PERSONA ASSISTITA

Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante

legale una informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostiche-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura.

Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo ad ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi, in particolare in caso di prognosi gravi ed infauste, senza escludere elementi di speranza. Il medico rispetta la necessaria riservatezza della informazione e la volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione, riportandola nella documentazione sanitaria. Il medico garantisce al minore elementi di informazione utili perché comprenda la sua condizione di salute e gli interventi diagnostico terapeutici programmati, al fine di coinvolgerlo nel processo decisionale.

### ART 35 CDM 2014 - CONSENSO E DISSENSO INFORMATO

L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile. Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza preliminarmente acquisizione di consenso informato o in presenza di dissenso informato. Il medico acquisisce in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale il consenso o il dissenso del paziente, nei casi previsti dall'ordinamento e dal codice ed in quelli presumibilmente gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sulla integrità psico-fisica. Il medico tiene in adeguata considerazione le opinioni espresse dal minore in tutti i processi decisionali che lo riguardano<sup>(1)</sup>.

(1) In merito si rimanda a quanto previsto dalla legge 219/2017 all' articolo 4 comma 5.

# Rischio clinico e responsabilità professionale. Cambiano i requisiti minimi delle polizze assicurative

**Le novità: stralcio dell'obbligo formativo per godere della copertura assicurativa. La misura resta comunque in vigore, ma con riferimento temporale al triennio 2023-2025. Per le strutture che svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto, massimale minimo di 5 milioni per sinistro. I massimali di garanzia potranno essere rideterminati annualmente.**

Atteso da tempo il Regolamento previsto dall'art. 10 della Legge Gelli-Bianco, è uscita la bozza sui requisiti minimi che dovranno contenere le polizze assicurative. Rispetto alla prima bozza presentata nel settembre 2019 stralciati la parte in cui per poter godere della copertura assicurativa i sanitari avrebbero dovuto essere in regola con almeno il 70% degli obblighi formativi previsti dal piano di formazione continua dell'ultimo triennio. La misura resta comunque in vigore ma nelle modalità previste dal decreto Pnrr e con riferimento temporale al triennio formativo 2023-2025.

Quanto ai massimali minimi di garanzia obbligatorie per responsabilità civile verso terzi, le strutture che svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto, dovranno prevedere un massimale non inferiore a 5 milioni per sinistro (il vecchio testo prevedeva il massimale di 4 milioni). Massimali che potranno essere rideterminati di anno in anno. Per i liberi professionisti massimale minimo di 1 milione con la copertura estendibile, in caso di più sinistri, fino a tre milioni l'anno.

**Alcune indicazioni sulla bozza:** L'articolo 1 delinea le definizioni dei termini usati all'interno del decreto e l'articolo 2 l'ambito di applicazione.

All'articolo 3 si spiega che l'assicurazione, per quanto riguarda la responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria, si obbliga a tenere indenne la struttura dai rischi derivanti dalla sua attività con copertura della **responsabilità contrattuale** (ex artt. 1218 e 1228 c.c.) per danni patrimoniali e non patrimoniali (capitale, interessi e spese), "causati da morte, lesioni personali, distruzione e deterioramento di beni cagionati a terzi e prestatori d'opera con dolo o colpa grave dal personale operante a qualunque titolo presso la stessa, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento, sperimentazione e ricerca clinica. La copertura è estesa alle prestazioni sanitarie svolte nell'ambito di attività di sperimentazione e ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la telemedicina". Le coperture devono includere anche la copertura della **responsabilità extra-contrattuale** (ex art. 2043 c.c.) degli esercenti la professione sanitaria, anche quando siano stati scelti dal paziente e anche quando gli stessi non siano dipendenti della struttura.

Per garantire l'efficacia dell'azione di rivalsa, l'assicuratore viene obbligato a tenere indenne l'esercente la professione sanitaria presso la struttura, a qualunque titolo, per tutte le azioni di responsabilità amministrativa, rivalsa o surroga esercitate nei suoi confronti e, in caso di azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicuratore. In questo caso, il **diritto di rivalsa dell'assicuratore** può essere esercitato nei confronti dell'assicurato qualora l'esercente la professione sanitaria **non abbia regolarmente assolto all'obbligo formativo e di aggiorna-**

**mento** previsto dalla normativa vigente in materia di educazione continua per il triennio formativo precedente la data del fatto generatore di responsabilità.

Il professionista sanitario potrà essere garantito da copertura assicurativa anche aderendo a **convenzioni o a polizze collettive** per il tramite delle rappresentanze istituzionali delle professioni sanitarie. Inoltre, l'esercente l'attività libero professionale potrà essere garantito da coperture stipulate direttamente dalla struttura.

Ad ogni scadenza contrattuale potrà essere prevista la **variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa** in vigore all'atto della stipula in relazione al verificarsi o meno di sinistri. Tali variazioni dovranno essere in ogni caso coerenti e proporzionate alla variazione dei parametri adottati per la definizione del premio stesso..

L'articolo 4 interviene sui **massimali di garanzia delle polizze assicurative**. Qui si stabilisce che i massimali dovranno essere i seguenti:

**a) per le strutture ambulatoriali che non eseguono prestazioni erogabili solo in ambulatori protetti** (ambulatori situati in istituti di ricovero e cura) il **massimale non dovrà essere inferiore ad €1.000.000,00 per ciascun sinistro**, con un **massimale per anno non inferiore al triplo di quello per sinistro**;

**b) per le strutture che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto e che eseguono prestazioni erogabili solo in ambulatori protetti** (ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero e cura, o attività odontoi-

trica) **massimale non inferiore a € 2.000.000,00 per sinistro, e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro;**

**b) per le strutture che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto in ambulatori protetti (ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero e cura, o attività odontoiatrica) il massimale non dovrà essere inferiore a € 2.000.000,00 per sinistro, e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro;**

**c) per le strutture che svolgono anche attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto, massimale non inferiore a € 5.000.000,00 per sinistro, e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro;**

**d) per i sinistri in serie, massimale per sinistro e per anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro di cui alle lettere a), b) e c) indipendentemente dal numero dei danneggiati.**

E poi ancora, i **massimali di garanzia delle coperture assicurative** dei contratti assicurativi obbligatori per chi svolge la propria **attività al di fuori di una delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private** o che presta la sua opera all'interno della stessa in **regime libero-professionale**, individuati per diverse classi di rischio, sono i seguenti:

**a) per gli esercenti la professione sanitaria che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto, massimale non inferiore a €1.000.000,00 per sinistro, e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro;**

**b) per gli esercenti la professione sanitaria che svolgono anche attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto, massimale non inferiore a € 2.000.000,00 per sinistro, e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro;**

**c) per i sinistri in serie, massimale per sinistro e per anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro**

di cui alle lettere a) e b) indipendentemente dal numero dei danneggiati.

L'**articolo 5** affronta l'**efficacia temporale della garanzia**. La garanzia assicurativa è prestata nella forma "**claims made**" che significa che il sinistro venga "attivato" nel momento in cui l'assicurato riceve la richiesta di risarcimento. La copertura deve prevedere la retroattività di 10 anni e la sopravvivenza postuma di 10 anni. In caso di sinistro in serie la garanzia assicurativa opera per il sinistro denunciato con la prima richiesta.

In caso di cessazione dell'attività lavorativa del professionista sanitario deve essere previsto un **periodo di ultrattività della copertura** per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta **entro i dieci anni** successivi alla cessazione dell'attività e riferite a fatti accaduti nel periodo di efficacia della polizza, incluso il periodo di retroattività della stessa. L'ultrattività è **estesa agli eredi** e non è assoggettabile alla clausola di disdetta. Questa copertura, per tutta la sua durata, prevede un massimale pari a quello dell'ultima annualità della cessata polizza di assicurazione.

L'**art. 5-bis** sancisce il **diritto di recesso dell'assicuratore**. Quest'ultimo non può essere esercitato, in vigenza della polizza e nel periodo di ultrattività della stessa, a seguito della denuncia del sinistro o del suo risarcimento. L'assicuratore può recedere dal contratto solo in caso di **condotta gravemente colposa reiterata** dell'esercente la professione sanitaria accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

L'**articolo 6** spiega che le strutture sanitarie e gli esercenti le professioni sanitarie sono tenuti a rispettare gli **obblighi di pubblicità e trasparenza rendendo disponibili i dati assicurativi** mediante pubblicazione nel proprio sito internet, di tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio.

L'**articolo 7** tratta le **eccezioni opponibili**. Qui si spiega che sono opponibili al danneggiato, previa sottoscrizione di clausola contrattuale da approvare specificamente

per iscritto, le seguenti eccezioni: **a)** i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa; **b)** fatti generatori di responsabilità verificatisi e le richieste di risarcimento presentate al di fuori dei periodi contemplati dall'articolo 5; **c)** le limitazioni quantitative del contratto assicurativo di cui all'articolo 1, comma 1, lettere r) e s) (ossia Self Insurance Retention, e franchigia); **d)** il mancato pagamento del premio.

All'**articolo 9** si spiega il funzionamento del **Fondo rischi**. La struttura che decidesse di operare mediante assunzione diretta del rischio dovrà costituire un fondo specifico a copertura dei rischi individuabili al termine dell'esercizio e che potrebbero dar luogo a richieste di risarcimento.

L'importo accantonato:

**a)** tiene conto della tipologia e della quantità delle prestazioni erogate e delle dimensioni della struttura ed deve essere sufficiente a far fronte, nel continuo, al costo atteso per i rischi in corso al termine dell'esercizio. **b)** potrà essere utilizzato esclusivamente per il risarcimento danni derivante dalle prestazioni sanitarie erogate.

Qualora poi, a seguito dell'utilizzo del fondo, il residuo importo sia ritenuto insufficiente a far fronte ai rischi in corso nell'esercizio, il fondo dovrà essere ricostituito immediatamente e comunque entro l'esercizio in corso, salva la possibilità di stipulare apposita polizza assicurativa a copertura dell'eventuale esaurimento del fondo.

In aggiunta, si spiega all'**articolo 10** che la struttura dovrà costituire un fondo messa a riserva (**fondo riserva sinistri**) per competenza dei risarcimenti relativi a sinistri denunciati che comprende l'ammontare complessivo delle somme necessarie per far fronte alle richieste di risarcimento presentate nel corso dell'esercizio o nel corso di quelli precedenti relative a sinistri denunciati e non ancora pagati e relative spese di liquidazione. Se il rischio di responsabilità civile in ambito sanitario della struttura è gestito in modo accentrato, questo adempimento ricade sul centro di gestione unitario.

Quanto alla **certificazione del Fondo Rischi e del Fondo riserva sinistri**, prevista dall'**articolo 11**, la congruità degli accantonamenti di cui agli articoli 9 e 10 dovrà essere certificata da un revisore legale o dal collegio sindacale che rilascia un giudizio di sufficienza o attesta le ragioni per cui è impossibile esprimere un giudizio.

Nel caso di **subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione**, previsto dall'**articolo 12**, l'operatività della copertura sarà limitata alle richieste di risarcimento pervenute per la prima volta a partire dalla decorrenza del periodo di vigenza della polizza e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi in tale periodo e nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo.

I **rapporti tra assicuratore e struttura** nei casi in cui una quota del rischio sia condotta in auto-ritenzione del rischio, disciplinati dall'**articolo 13**, sono rimessi ad appositi protocolli di

gestione obbligatoriamente stipulati tra le parti ed inseriti in polizza, volti a disciplinare, in particolare, i criteri e le modalità di gestione, liquidazione e istruzione del sinistro, nonché di valutazione del danno da risarcire.

L'**articolo 14**, indica le **funzioni per il governo del rischio**. La struttura dovrà istituire al proprio interno, **senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, la funzione di valutazione dei sinistri** in grado di valutare sul piano medico-legale, nonché clinico e giuridico, la pertinenza e la fondatezza delle richieste indirizzate alla struttura. Tale funzione dovrà fornire il necessario supporto ai fini della determinazione di corrette e congrue poste da inserire in bilancio. Le competenze minime obbligatorie, interne o esterne, che la struttura dovrà garantire sono le seguenti:

- medicina legale;
- loss adjusting;
- legale;
- risk management.

L'**articolo 15** regola la **gestione dei rischi** stabilendo che per la determinazione del fondo rischi e del fondo riserva sinistri, la struttura rispetta una serie di principi atti a garantire che i processi di valutazione siano affidabili ed efficaci.

Infine, all'**articolo 16** vi sono le **norme transitorie e finali**. Tra queste, gli assicuratori dovranno predisporre i nuovi contratti di assicurazione in conformità ai requisiti minimi entro 24 mesi dall'entrata in vigore del decreto. Le polizze sottoscritte prima dell'entrata in vigore del presente decreto, se non conformi ai nuovi requisiti minimi, resteranno in vigore e saranno considerate idonee fino alla scadenza e comunque non oltre i successivi 24 mesi. Mentre, le polizze sottoscritte prima dell'entrata in vigore del decreto, se non conformi ai nuovi requisiti, resteranno in vigore e saranno considerate idonee fino alla scadenza e comunque non oltre i successivi 24 mesi.

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

## OFFERTI AGLI ISCRITTI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# Comunicazioni sistema tessera sanitaria Confermata la periodicità semestrale

Con il DM 19.10.2020, pubblicato sulla G.U. 29.10.2020 n. 270, sono state definite le nuove regole per l'invio telematico al Sistema Tessera Sanitaria dei dati relativi alle spese sanitarie e veterinarie, ai fini della predisposizione delle dichiarazioni dei redditi precompilate. Le disposizioni del suddetto DM 19.10.2020 sono state ulteriormente modificate con il DM 2.2.2022, pubblicato sulla G.U. 8.2.2022 n. 32.

**La principale novità riguarda l'applicazione, anche per il 2022, di una periodicità semestrale**, invece che mensile, per la trasmissione dei dati. La decorrenza della periodicità mensile viene conseguentemente differita al 2023. Per effetto delle modifiche all'art. 7 co. 1 del DM 19.10.2020 apportate dal DM 29.1.2021 (pubblicato sulla G.U. 6.2.2021 n. 31), in relazione alle spese sostenute dall'1.1.2022 l'invio telematico al Sistema Tessera Sanitaria sarebbe dovuto diventare mensile,

dopo il periodo transitorio dello scorso anno in cui era stata prevista una periodicità semestrale. Con il citato DM 2.2.2022 la periodicità semestrale viene invece estesa anche al 2022, recependo le richieste avanzate in tal senso dalle associazioni professionali coinvolte nell'adempimento.

Si auspica che tale periodicità diventi strutturale nel corso degli anni, recependo appunto le richieste della categoria.

In relazione alle spese sanitarie e veterinarie sostenute nel 2022, la trasmissione deve quindi avvenire entro:

- il 30.9.2022, per le spese sostenute nel primo semestre (gennaio-giugno) 2022;
- il 31.1.2023, per le spese sostenute nel secondo semestre (luglio-dicembre) 2022.

Si ricorda che l'invio dei dati al Sistema Tessera Sanitaria segue una logica "di cassa", rilevando il momen-

to del pagamento, anche se in data antecedente a quella di emissione del documento fiscale.

Le specifiche tecniche contenute nel disciplinare tecnico di cui all'Allegato A al DM 19.10.2020, infatti:

- da una parte, qualificano come elemento obbligatorio l'indicazione della data di pagamento afferente al documento fiscale emesso;
- dall'altra, prevedono solo il "Flag Data Pagamento Anticipato", da valorizzare a "1" per indicare il pagamento della spesa in data antecedente a quella di emissione del documento fiscale.

Pertanto, considerando ad esempio una prestazione professionale:

- emessa entro il 31.12.2021 e pagata a gennaio 2022, l'invio dovrà avvenire entro il 30.9.2022;
- emessa entro il 30.6.2022 e pagata a luglio 2022, l'invio dovrà avvenire entro il 31.1.2023.

COMMISSIONE FISCO FIMMG

## 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)*

## Il limite dei pagamenti in contanti resta alla precedente soglia

Un emendamento, approvato in sede di conversione in legge del DL 228/2022 (c.d. "Milleproroghe") stabilisce che, dal 1° gennaio di quest'anno, il limite per i pagamenti in contante e, più in generale, per i trasferimenti a qualsiasi titolo tra soggetti diversi di denaro contante, non è più di 999,99 euro (soglia di 1.000 euro) ma resta quello di 1.999,99 euro (soglia di 2.000 euro); e sarà così fino all'1.1.2023, quando la riduzione in

questione dovrebbe diventare operativa. Il condizionale è d'obbligo, visti i recenti accadimenti che hanno determinato un inatteso "revirement". Dal momento che non sembra essersi in presenza di un innalzamento della soglia, ma di una previsione che, "retroattivamente", lascia invariata la soglia stessa, nessun rischio sanzionatorio si dovrebbe porre per coloro che, tra il 1° gennaio 2022 e la data di entrata in vigore della legge di conversione

del DL "Milleproroghe", dovessero aver utilizzato contanti per importi compresi tra 1.000 e 1.999,99 euro. Si ricorda, infatti, che, in materia, in assenza di differenti indicazioni normative (cfr., in particolare, l'art. 69 comma 1 primo periodo del DLgs. 231/2007), le violazioni sono assoggettate alla legge del tempo del loro verificarsi, ex art. 1 della L. 689/81.

COMMISSIONE FISCO FIMMG

## Esenzione IRAP per i Medici di Medicina Generale

Con la Legge di bilancio 2022 è stato, finalmente, risolto il problema dell'IRAP dovuta dagli esercenti arti e professioni, tra cui sono da annoverarsi i medici di medicina generale<sup>(1)</sup>. Con decorrenza 1° gennaio 2022, dunque, i medici di medicina generale non sono più soggetti passivi IRAP e, conseguentemente, nei loro confronti, devono ritenersi implicitamente soppresse le disposizioni normative recate dal d. Lgs. n. 446 del 1997, che restano comunque applicabili nei riguardi dei soggetti c.d. "collettivi".

Per meglio comprendere il valore economico della misura adottata, oltre che delle ragioni che ne hanno ritardato l'entrata in vigore, si rinvia alla Relazione Tecnica, di corredo alla citata legge di bilancio, la quale ha stimato, per il periodo d'imposta 2022:

- una esenzione per circa 835.000 soggetti;
- una perdita di gettito di circa €. 1.076,1 milioni<sup>(2)</sup>.

Trattasi, però, di una misura normativa che, se da un lato, è in grado di

generare effetti positivi sui versamenti degli acconti 2022<sup>(3)</sup>, dall'altro, è inadeguata ad esplicare effetti sui periodi d'imposta precedenti, con particolare riferimento ai contenziosi pendenti.

### 1) Soggetti esclusi

Fino al periodo d'imposta 2021, l'esclusione dall'IRAP per i lavoratori autonomi - e per le imprese individuali - era riconosciuta, in maniera automatica, limitatamente alle ipotesi in cui i predetti soggetti si avvalevano dei c.d. regimi a tassazione sostitutiva, e precisamente:

(1) Ai sensi del comma 8, dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 - c.d. Legge di bilancio 2022 - "... a decorrere dal periodo d'imposta in corso alla data di entrata in vigore della presente legge, l'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP), ..., non è dovuta dalle persone fisiche esercenti attività commerciali ed esercenti arti e professioni di cui alle lettere b) e c) del comma 1 dell'art. 3 del medesimo decreto legislativo n. 446 del 1997".

(2) Con il precipuo intento di ristorare le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano dalla perdita di gettito determinata, oltre che dall'esclusione soggettiva IRAP, anche dalle modifiche apportate al sistema dell'IRPEF, il comma 9 dello stesso art. 1 della stessa legge di bilancio 2022, ha disposto l'istituzione di un Fondo, a cui è stata assegnata una dotazione annua di €. 192.252.000.

(3) Che, conseguentemente, non sono più dovuti.

- a) del “regime forfettario di determinazione del reddito” di cui alla L. 190 del 2014; oppure  
 b) del regime di vantaggio di cui al D.I. n. 98 del 2011.

Nei riguardi dei lavoratori autonomi o delle imprese individuali che, diversamente, applicavano il regime di determinazione ordinaria del reddito, fino al periodo d'imposta 2021, l'esclusione dall'IRAP è stata subordinata alla verifica circa la sussistenza, o meno, di una autonoma organizzazione, *rectius* del “presupposto impositivo”.

Per effetto della novella legislativa in esame, dal periodo d'imposta 2022, sono ora esclusi, dall'ambito applicativo dell'IRAP, **in maniera automatica**, tutti i lavoratori autonomi e le imprese individuali, a prescindere dal regime contabile e fiscale adottato<sup>(4)</sup>.

## 2) Soggetti assoggettati ad IRAP

L'esclusione *de qua* non è, però, applicabile alle società commerciali, sia di persone che di capitali, le quali, anche per il 2022, continuano ad essere assoggettate ad IRAP.

Peraltro, con specifico riguardo al mondo delle professioni, è lecito ritenere che restino comunque assoggettati all'IRAP, oltre agli studi associati, anche le associazioni professionali<sup>(5)</sup>.

A questi soggetti è, infatti, inibita qualsiasi possibilità di sottrarsi al tributo regionale, anche per effetto dei costanti arresti della giurisprudenza di legittimità secondo cui gli studi associati e le associazioni professionali devono essere sempre assoggettati ad IRAP a prescindere dalla struttura organizzativa della quale si avvalgono per l'esercizio dell'attività – *cf.* Corte di Cassazione SS.UU. Sentenza 7371 e 7291 del 2016.

## 3) La medicina di gruppo

Discorso a parte va fatto per la c.d. “medicina di gruppo” esercitata dai medici convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale.

Tale forma associativa, infatti, non è volta ad individuare alcuna autonoma organizzazione, trattandosi, piuttosto, di una mera modalità di condivisione funzionale della struttura fra più professionisti da cui “...*non sembra possano ravvisarsi i tratti dell'associazione fra professionisti*” – *cf.* Corte di Cassazione SS.UU., Sentenza 13 Aprile 2016, n. 7291.

Ciò in quanto la forma associativa della medicina di gruppo costituisce “... *un organismo promosso dal Servizio*

*Sanitario Nazionale, diretto a realizzare più avanzate forme di presidio della salute pubblica mercé l'impiego di risorse, anzitutto professionali, ma non solo, del personale medico a rapporto convenzionale*”.

La Suprema Corte ha, pertanto, escluso che l'attività della medicina di gruppo sia riconducibile ad uno dei tipi di società o enti di cui agli artt. 2 e 3 del d. Lgs. n. 446 del 1997 e che possa, dunque, costituire *ex lege* un presupposto d'imposta.

Da ciò consegue che, in considerazione della impossibilità di classificare l'attività del medico di medicina generale, ancorché esercitata sotto forma della medicina di gruppo, fra le attività svolte in forma associata, in base alle nuove disposizioni normative è lecito ritenere che i medici di medicina generale sono, automaticamente, esclusi dall'ambito applicativo dell'IRAP, a prescindere:

- dal regime contabile e fiscale adottato; ovvero
- dalla modalità di svolgimento dell'attività, in forma individuale o attraverso la medicina di gruppo.

COMMISSIONE FISCO FIMMG

(4) Per quanto concerne le imprese, è lecito ritenere che ad essere escluse dall'IRAP siano anche quelle organizzate sotto forma di “impresa familiare” per la conservazione, anche in questo stato, della forma giuridica di impresa individuale.

(5) Il convincimento è generato dall'analisi del dato testuale della disposizione normativa, secondo cui l'IRAP non è dovuta “... *dalle persone fisiche esercenti attività commerciali ed esercenti arti e professioni*”.

## 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.

## Questione di stile...

Massimo Cacciari alla fine ha deciso e si è fatta la terza dose. Buon per lui. Se era la terza significa che le prime due se le era fatte. Ora però i no-vax sono arrabbiati e gridano al tradimento. Quelli che il vaccino se lo sono fatto sono sorpresi e aspettano con diffidenza quali saranno le sue prossime mosse. In realtà, ha spiegato Cacciari, la sua posizione è sempre stata a favore del vaccino. Lui era contrario all'obbligo mascherato del gree-pass. Ora che l'obbligo è dichiarato per legge, ha deciso che, come Socrate tanti anni fa, l'obbligo va rispettato perché va rispettata la legge.

Insomma il nostro filosofo nazionale si paragona a quello greco e con lui condividerà il rispetto delle leggi, anche di quelle che possono essere sbagliate. Perché se una legge non è buona o cambi la legge o cambi quelli che l'hanno scritta. Socrate però, come ha scritto Massimo Gramellini sul Corriere, frequentava Platone, non Agriben, e sosteneva che il massimo della saggezza sta nel fatto di sapere di non sapere nulla. I discorsi che teneva Cacciari, sembravano ben diversi. Al punto che citava, a sproposito, gli articoli della letteratura scientifica (che non fanno parte delle sue competenze) e affermava che a non sapere nulla non era lui, ma i suoi avversari.

Agli Australian Open Novak Djokovic non potrà partecipare perché non vaccinato. A nulla è servito il suo tentativo di presentare un certificato di positività al tampone in cui sosteneva di avere contratto, per la seconda volta, il virus il 16 dicembre dello scorso anno. Quel giorno e quello successivo aveva, tra l'altro, partecipato a vari incontri pubblici comparando sempre senza mascherina. Fatto sta che il Ministro dell'immigrazione australiano Hawke non gli ha creduto ed ha usato il suo potere personale per annullargli il visto d'ingresso. "Ho esercitato il mio potere ai sensi della sezione 133C della legge sulla immigrazione per annullare il visto del signor Novak Djokovic per motivi di salute e di bene comune, sulla base del fatto che ciò era nell'interesse pubblico" ha spiegato il Ministro.

I legali del tennista hanno presentato ricorso ma il giudice gli ha dato torto. Così il numero uno del tennis internazionale non parteciperà agli Australian Open, primo Slam della stagione. Il fatto non gioverà alla sua immagine e soprattutto al suo conto corrente perché rischierà di perdere qualcuno degli sponsor che lo alimentano.

Si consolerà con il fatto che ora è il "campione" del popolo no-vax che già lo acclama come martire.

La cosa mi ha riportato alla mente la vicenda di un altro grande campione che per non rinnegare le sue idee dovette rinunciare al titolo mondiale. Mi riferisco a Muhammad Ali (per quelli che hanno vissuto quei tempi conosciuto anche con il nome di Cassius Clay).

Era il 20 giugno 1967 e Clay si era rifiutato di partire militare per il Vietnam. Per questo era stato arrestato, privato del titolo di campione del mondo dei pesi massimi, della licenza per combattere sul ring e condannato come renitente alla leva.

Non che avesse paura di partecipare ai combattimenti. Riteneva quella guerra ingiusta e si rifiutava di imbracciare le armi per imporre la volontà della sua nazione sugli altri popoli.

*"La mia coscienza non mi permette di andare a sparare a mio fratello o a qualche altra persona con la pelle più scura, o a gente povera e affamata nel fango per la grande e potente America"* spiegò.

Ci vollero più di tre anni di battaglie legali per poterlo far ritornare sul ring.

Tra l'altro tutto questo nell'età migliore per un pugile, dai venticinque anni ai ventotto anni, durante i quali perse ingaggi milionari e subì il linciaggio mediatico di una grossa parte degli Stati Uniti, che lo giudicava un vigliacco. Ma la sua battaglia lo rese un'icona nella controcultura degli Anni Sessanta e un simbolo per il popolo nero e per tutti gli oppressi della terra. Altro stile e .... altra immagine !

Tre campioni, ognuno disposto a sacrificarsi per l'idea, ma con stili diversi. Limpido e lineare quello del pugile, più ondovaghi e meno credibili quelli degli altri due. Sarò forse nostalgico. Ma la mia simpatia va al campione americano.

ROBERTO MORA



# L'avanzata della rischiosa e zoppicante combinazione tra Big Data e Algoritmi - Machine Learning in medicina: tre esempi

Questo articolo deriva da un numero doppio dedicato alla Sicurezza dei dati in Medicina promosso dalla rivista *Torinomedica*, organo ufficiale dell'ODM di Torino, integralmente visibile al Link: [https://omceo-to.it/wp-content/uploads/2021/12/torinomedica\\_n3-4-2021\\_web.pdf](https://omceo-to.it/wp-content/uploads/2021/12/torinomedica_n3-4-2021_web.pdf)

FRANCESCO DEL ZOTTI  
(GIÀ MEMBRO DELLA COMMISSIONE NAZIONALE ICT DELLA FNOMCEO)

## INTRODUZIONE

Siamo così immersi da anni nella "medicina in Rete" da aver difficoltà a percepirla. Ricordiamo la famosa storiella di David Foster Wallace

*Ci sono due pesci che nuotano e a un certo punto incontrano un pesce anziano che va nella direzione opposta, fa un cenno di saluto e dice: "Salve, ragazzi. Com'è l'acqua?". I due pesci giovani nuotano un altro po', poi uno guarda l'altro e fa: "Che cavolo è l'acqua?"*

Non si tratta solo di un'ignoranza cognitiva. Se non percepiremo bene le correnti e la temperatura di quest'acqua potremmo finire come nell'apologo di Noam Chomsky: la rana contenuta di essere riscaldata, gradualmente, per finire bollita. Ci descrive la grande capacità di adattamento e di non-reazione dell'uomo moderno a situazioni che sembrano vantaggiose o piacevoli (e spesso così appare la Medicina in Rete) ma che nel medio-lungo periodo finiscono per essere spiacevoli e dannose: tutto ciò senza reagire o reagendo solo quando ormai è troppo tardi. Per millenni, sino ad una quindicina

di anni fa, il medico ed il paziente si incontravano in luoghi fisici appartati e con le regole ferree del rapporto fiduciario e del non passaggio di dati all'infuori della relazione diadica. Oggi il centro non è più la relazione ma il dato, prodotto reso merce fluida, capace di andare in ogni direzione ed in mano ai detentori di chi lo domina, nel pubblico o in grosse corporazioni private. Questa "datizzazione" della medicina equivale in qualche modo allo *ius primae noctis* di antica memoria: il medico ed il paziente possono anche incontrarsi in un luogo apparentemente appartato (l'ambulatorio, la stanza in ospedale, il domicilio), ma lo possono fare se nello stesso tempo ne lasciano traccia documentale ad esempio in cartelle computerizzate con ampi spazi condivisi con i grandi gestori dei dati, o, per fare un altro esempio, con gli assistenti vocali accesi e sempre connessi con la casa madre.

Di fronte a questi processi in cui siamo immersi, probabilmente abbiamo bisogno di una scossa, ad esempio fornita da alcuni casi emblematici e clamorosi.

Presenteremo alcuni casi di studio; tre esempi di algoritmi istituzionali che hanno causato problemi e prese di posizione critiche: il primo è statunitense e gli altri due sono italiani

## I) L'ALGORITMO NARXACARE PER OPIOIDI IN USA

Un algoritmo per il rischio di tossicodipendenza è diventato fondamentale per il modo in cui gli Stati Uniti gestiscono la crisi degli oppioidi.

Una storia emblematica raccontata su *Wired*, nel 2021, spiega bene

i baratri in cui ci può condurre la fiducia eccessiva negli algoritmi. La vicenda merita di essere qui narrata in dettaglio, perché in essa si intrecciano svariati temi emergenti.

Una donna di nome Kathryn (nome scelto da *Wired*) una sera del 2020 è andata al pronto soccorso di un ospedale statunitense, in preda a dolori atroci. Kathryn, laureata in psicologia di 32 anni, viveva con l'endometriosi, una condizione dolorosa. Nell'ospedale, le avevano praticato oppioidi endovena; le avevano detto che le avrebbero fornito questa terapia fino a quando la crisi non fosse passata.

Al quarto giorno di ricovero la paziente notò un brusco cambiamento; le comunicarono che non avrebbero più continuato l'oppioide in vena e in più dichiararono:

*"Lei non si rende conto di quanto è alto il suo punteggio in cartella, legato a certe prescrizioni"*

La paziente, dimessa e ancora dolente, iniziò a chiedersi: a quale tipo di punteggio e di prescrizioni si riferivano? Circa due settimane dopo, Kathryn ricevette una lettera dal suo ginecologo in cui si affermava che il suo medico interrompeva la loro relazione professionale; ciò a causa di un report del Database "*NarxCare*".

Katherine allora si lanciò nell'esplorazione del Web e scoprì si trattava di un Algoritmo legato ad un'azienda *Appriss* che stava assumendo un ruolo centrale e nazionale nella lotta alle overdose da oppioidi.

*Appriss* è un'azienda sviluppatasi negli anni '90. Un primo suo prodotto era un software che forniva un avviso automatico alle vittime di reati ad altri

«cittadini preoccupati» in vista dell'imminente rilascio dal carcere di un detenuto. Quindi il suo campo di interesse si è spostato alla sanità. Prima ha creato banche dati per il monitoraggio delle prescrizioni; quindi Appriss nel 2014 **ha acquistato dall'Associazione Nazionale dei gestori delle Farmacie, l'algoritmo** allora più comunemente usato per prevedere chi era più a rischio di «abuso di sostanze controllate». **L'azienda Appriss è largamente sostenuta finanziariamente, direttamente o indirettamente, dal Dipartimento di Giustizia.** Il governo federale e soprattutto il Ministero della Giustizia avevano investito milioni di dollari nello sviluppo e mantenimento di un grande database delle ricette ed in particolare di ricette sotto particolare controllo, come gli oppioidi. Così Appriss nel tempo aveva collegato tra loro svariati database regionali e nazionali ed in più aveva connesso il tutto ad un sistema di Intelligenza Artificiale, di "machine learning".

Quindi il sito dello score NarxCare era divenuto la piattaforma ufficiale per medici, farmacisti, ospedali. Ed è da allora difficile per i professionisti non tenere in conto il punteggio NarxCare, anche perché potrebbero incorrere in provvedimenti giudiziari tali da compromettere la loro stessa persistenza nella professione.

Secondo i giornalisti di Wired questo punteggio a sua volta dipende da altre delicate informazioni mediche che il Database è capace di interfacciare: dati medici amministrativi, dati derivanti dalle cartelle mediche computerizzate, dai pronto soccorso, nonché dati dal casellario giudiziario. In alcuni stati, poi, sia la polizia sia altri organi inquirenti possono avere accesso a queste informazioni mediche riservate.

**Così Katherine viene a scoprire che a quasi tutti gli statunitensi è assegnato un punteggio che presume di valutare il rischio di uso incontrollato degli oppioidi e che sugli operatori sanitari grava lo sguardo delle autorità** in grado di giudicare quanto il singolo operatore osserva e rispetta questo punteggio.

Appriss ormai è la leader della gestione di questi database di prescrizioni

statali. L'azienda Appriss è fermamente convinta che un punteggio del suo algoritmo "NarxCare" non sia destinato a sostituire la diagnosi di un medico. Ma, come abbiamo detto, se i medici ignorano questi numeri lo fanno a loro rischio e pericolo. In effetti, quasi tutti gli stati ora utilizzano il software Appriss per gestire i propri programmi di monitoraggio dei farmaci da prescrizione e la maggior parte obbligano per legge, medici e farmacisti, a consultarli quando prescrivono sostanze controllate (e gli oppioidi in primis).

Katherine ha cercato di andare a fondo, anche online, a questo suo punteggio: in fondo ella usava gli oppioidi sporadicamente e non riteneva di esserne dipendente. Ella tutt'al più aveva a volte una prescrizione per una benzodiazepina per il trattamento del disturbo da stress post-traumatico. Kathryn ha approfondito ulteriormente la sua ricerca online. E ha poi scoperto dai forum social che vi era un vasto numero di pazienti con dolore cronico che criticavano NarxCare o altri strumenti di screening.

Al momento del suo ricovero in ospedale, Kathryn possedeva due cani retriever a pelo piatto. Era abitudine della signora adottare sempre cani particolarmente fragili e malati. A questi due cani erano stati prescritti oppioidi, benzodiazepine e persino barbiturici dai loro veterinari. Ebbene, le prescrizioni per gli animali sono poste sotto il nome del loro proprietario. Quindi, a NarxCare sembrava che Kathryn stesse vedendo molti medici per diversi delicati farmaci, alcuni a dosaggi estremamente elevati.

Insomma, l'attribuire alla padrona i farmaci dei suoi cani potrebbe sembrare una sbavatura rispetto ad un software e un database peraltro "efficace". Ma secondo molti ricercatori NarxCare e altri algoritmi per screening come questo sono **profondamente** imperfetti. Secondo uno studio, il 20 per cento dei pazienti che hanno maggiori probabilità di essere contrassegnati come pazienti dipendenti ha il cancro, che spesso richiede la visita di più specialisti. E molte delle "red flag" ufficiali che aumentano i punteggi di rischio di una persona sono semplicemente attribuiti dei pazienti più vulnerabili e complessi

dal punto di vista medico, che a volte fanno sì che a quei gruppi venga negato il trattamento del dolore con oppioidi.

L'intelligenza artificiale che genera il punteggio di rischio di overdose di NarxCare soffre, per molti critici, di metodologia ancora più inquietante. Secondo vari studiosi questo sistema di Score e di IA non è validato da ricerche soggette a peer-review. Si tratta di un sistema minato da opacità, che a sua volta dipende dal fatto di essere un sistema proprietario, che come tutti i sistemi proprietari si trincerava dietro il diritto a difendere il segreto industriale.

Non appena Kathryn ha capito cosa era successo, ha iniziato a tentare di cancellare almeno in parte il dato non veritiero dell'abuso cronico di oppioidi. Ha avuto poco successo; anzi ogni volta ella si reca in una farmacia e da un medico si vede soggetta allo scrutinio critico di chi osserva il suo Score. A questo proposito ha dichiarato: *"Il loro comportamento è cambiato. Non vi è una relazione di cura, simpatetica, ma un rapporto come tra sospetta e detective; una sorta di inquisizione"*

Negli ultimi due anni, Jennifer Oliva, direttrice del Center for Health and Pharmaceutical Law presso la Seton Hall University, ha deciso di esaminare NarxCare alla luce di queste apprensioni. In un importante articolo pubblicato su una rivista forense, dal titolo *"Dosing Discrimination"*, sostiene che molti dei dati che NarxCare afferma di tracciare possono semplicemente ricondursi alle disuguaglianze associate a razza, classe e genere, disuguaglianza che NarxCare rischia di peggiorare ulteriormente

*"«Come ho detto molte volte nella mia ricerca, la cosa più terrificante della piattaforma di valutazione del rischio di Appriss è il fatto che i suoi algoritmi sono proprietari e, di conseguenza, non c'è modo di convalidarli esternamente»,"*

Il risultato di tutta quella velocità e di tutta quella paura, dice l'esperto prof Stefan Kertesz, di Harvard, è che: *"l'algoritmo sembra organizzato per convincere i clinici che qualsiasi per-*

*sona con un problema medico importante può portare con sé il maggiore peso di responsabilità legale in carico ai professionisti; e in questo modo si potrebbe incentivare l'abbandono dei pazienti che hanno i problemi più seri"*

Tutto ciò secondo lo studioso può condurre pazienti con dolore serio e senza dipendenza ad abbandonare il farmaco con il conseguente rischio di passare a farmaci più potenti prelevati dal mercato illegale (ad es. Il fentanyl) o persino al suicidio; e d'altra parte si sa che l'interruzione di queste prescrizioni è associata al rischio triplicato di morte per overdose.

### IL PARADOSSO DELLA BUPRENORFINA

Un'ennesima situazione paradossale legata allo score NarxCare è la seguente: ai pazienti che cercano di disintossicarsi viene prescritta la terapia gold standard in tali circostanze: la buprenorfina. Siccome questa molecola è a sua volta un oppioide ecco che a sua volta può innalzare lo score NarxCare, al punto tale da essere negata a chi vuole disintossicarsi.

### Quanto è affidabile il Machine Learning di NarxCare ?

Resta da approfondire un punto fondamentale della vicenda. Possiamo scoprire con indagini più approfondite quanto è affidabile il Machine Learning di Apriss? Ovviamente non possiamo ottenere la risposta dall'azienda sia perché è parte in causa sia perché, come già detto, può opporre il diniego legato al diritto del "segreto industriale".

A questo punto, ci vengono incontro gli studi della Professoressa Angela Kilby che ha effettuato uno studio di "reverse engineering": ha utilizzato altri database che hanno analizzato e pubblicato analoghi score di rischio di dipendenza di oppioidi e ha "allenato" il set di dati: 7 milioni di persone assicurate tra il 2005 ed il 2012. Non avendo accesso ai dati del registro dei farmaci da prescrizione, ella ha deciso di utilizzare i dati anonimizzati derivati dalle richieste di indennizzo dell'assicurazione sanitaria, una fonte che è alla base di tutti gli altri algoritmi di apprendimento automatico pubblicati che prevedono il rischio di oppioidi.

Usando all'incirca lo stesso metodo che Apriss espone nei resoconti del proprio lavoro di apprendimento automatico, ha addestrato il suo modello mostrandogli casi di persone a cui era stato diagnosticato un disturbo da uso di oppiacei dopo aver ricevuto una prescrizione di oppiacei. Quello che Kilby ha scoperto è che mentre il modello di NarxCare può valutare un set di dati diverso, quasi certamente condivide una limitazione essenziale con il suo algoritmo. «Il problema con tutti questi algoritmi, compreso quello che ho sviluppato», dice Kilby, «è la precisione.»

A questo proposito ella ha dichiarato: *" Il problema di tutti questi algoritmi, compreso il mio, è la precisione... Siccome la dipendenza da oppioidi è rara nella popolazione generale, l'algoritmo che si adopera impatta su un "campione" limitato (23000 su sette milioni di persone): da ciò si deriva anche un limite di capacità predittiva del modello".*

Il risultato è stato che l'algoritmo di Kilby ha generato un gran numero di risultati sia falsi positivi che falsi negativi, anche quando ha impostato i suoi parametri in modo così rigoroso che qualcuno doveva ottenere un punteggio pari o superiore al 99° percentile per essere considerato ad alto rischio. «Non c'è alcuna correlazione tra la probabilità di essere considerati ad alto rischio dall'algoritmo e la riduzione della probabilità di sviluppare un disturbo da uso di oppiacei», spiega Kilby. In altre parole, l'algoritmo essenzialmente non può fare ciò che afferma di fare, ovvero determinare se scrivere o negare la prossima prescrizione di qualcuno altererà la loro traiettoria in termini di dipendenza.

Il modello quindi si accompagna ad un numero non trascurabile di falsi positivi e negativi. Secondo Kilby il modello tende a porre una "bandiera rossa" sui pazienti che hanno accumulato per anni numero fattori di rischio, anche se questi stessi pazienti avevano usato gli oppioidi senza sviluppare una seria dipendenza. Nello stesso tempo se l'algoritmo ha pochi dati sui fattori di rischio di un certo paziente potrebbe per errore classificarlo come a basso rischio.

Nel già citato articolo "Dosing Discrimination", Jennifer Oliva descrive una serie di casi simili a quelli di Kathryn e in cui alle persone sono stati negati gli oppioidi a causa di traumi sessuali e altri fattori potenzialmente fuorvianti. La domanda più grande, ovviamente, è se gli algoritmi debbano essere utilizzati per determinare il rischio di dipendenza. L'autrice dichiara: "Non penserei ai soli algoritmi". Al contrario, durante la crisi delle overdose negli USA, i politici si sono concentrati soprattutto nel loro uso per la riduzione del consumo di oppiacei per uso medico."

La stessa Apriss ha riconosciuto la necessità di non limitarsi alla dimostrata riduzione di consumo di oppioidi indotta da NarxCare ( NarxCare ha accelerato il calo della prescrizione di oppioidi in sei stati di circa il 10%), ma di ricercare evidenze ancora non chiarite: sulla mortalità, sulla qualità di vita dei pazienti che vanno sotto il vaglio del loro Score. E in effetti una recente ricerca conferma che la "grey literature" sui sistemi di Score legati al consumo di oppioidi ribadisce la prevalente mancanza di studi ben controllati

### L'attuale situazione di Kathrin

Per tornare a Kathryn, l'effetto di NarxCare sulla sua vita e sulla sua salute è stato piuttosto netto. A parte il suo psichiatra, dice: «Non ho altri dottori, a causa di questo punteggio NarxCare». Si preoccupa di cosa farà la prossima volta in cui avrà un attacco di dolore per la sua endometriosi; in effetti ancora adesso resta una lotta ed un'impresa ottenere un antidolorifico.

E per i cani malati di Kathryn? Alcuni stati hanno riconosciuto il problema delle prescrizioni veterinarie erroneamente assegnate alla proprietaria e richiedono di validarle, sul touchscreen dove appare NarxCare, con un'impronta di zampa o un'icona di animale.

### Questa storia può essere tipica degli USA, ma Non dell'Italia. È così?

Lo score NarxCare sembra una versione ridotta e specializzata del più famoso "sistema di credito sociale" della Cina ( [https://it.wikipedia.org/wiki/Sistema\\_di\\_credito\\_sociale](https://it.wikipedia.org/wiki/Sistema_di_credito_sociale) )

Si potrebbe obiettare che questi sistemi telematici così pervasivi sono tipici delle grandi potenze e che in Italia non possono esistere simili esempi. Purtroppo non è così. Non tutti riflettono su di un dato di fatto: In Italia le ULSS, le regioni ed il Ministero delle finanze da molti anni hanno una delle concentrazioni di dati sanitari (ricette, fse, ecc) tra le più alte di Europa. E anche da noi si sono sviluppati degli Score discutibili, all'incrocio tra big data istituzionali e algoritmi di Intelligenza artificiale. Di alcuni siamo venuti a conoscenza, e ne discuteremo nei prossimi paragrafi; ma chissà quanti altri sono già in funzione mentre i pazienti ed i medici sono inconsapevoli di essi.

#### **l'intelligenza semantica usata per alleggerire le priorità per test e visite indicate dai MMG ?**

Un primo esempio è a carattere locale. Nel 2018 viene alla ribalta lo scandalo della ULS veneta in cui l'accusa sostiene che si sia adoperato un "software di intelligenza semantica" per validare le "priorità" impostate dal MMG nelle richieste di test diagnostici e visite. In effetti un compito dei MMG è quello di apporre "obbligatoriamente" la "priorità", cioè la tempistica, dei test e visite specialistiche. E ciò barrando alcune caselle. La magistratura indagò sul caso. Dalla lettura dei quotidiani dell'epoca si legge che questo software, in più di 44 mila ricette, avrebbe cambiato i codici di priorità più urgenti scritti dai MMG in codici meno urgenti. Si veda ad esempio l'articolo:

*"Venezia, il software rinviava le visite urgenti dei malati di tumore. E 28 di loro sono morti"*

#### **L'algoritmo SAVIO dell' Inps bloccato dal garante**

Nello stesso anno, il 2018, giunse sui quotidiani la notizia di uno scandalo che questa volta riguardava L'INPS. Ecco la notizia:

*"Garante Privacy 'No a profilazione lavoratori con sistema di data mining dell'Inps per le visite fiscali"*

Il garante della privacy, dr Soro, allora ha bloccato l'introduzione di un algoritmo di "data mining" per la programmazione mirata delle visite fiscali da parte dell'Inps, di nome SAVIO.

Questo algoritmo, basato anche sui big data dei "certificati per malattia" in mano a Inps, aveva l'obiettivo di individuare preventivamente possibili assenze ingiustificate dal lavoro per malattia. Secondo l'allora garante della privacy, dr Soro, il modello messo a punto e adottato negli ultimi anni dall'Istituto realizza "una vera e propria profilazione dei lavoratori interessati", non conforme al nuovo Regolamento europeo (GDPR), anche perché operante non solo all'insaputa dei lavoratori interessati ma anche in assenza di precauzioni e garanzie specifiche volte ad evitare, ad esempio, che inesattezze nei dati raccolti o incongruenze nella logica degli algoritmi utilizzati, inducano decisioni erronee con impatti negativi sui singoli.

L'istituto tra l'altro in quella circostanza non aveva notificato all'Autorità l'adozione di un tale meccanismo di data mining, basato sulla profilazione. L'algoritmo, introdotto 5 anni prima, pur non prendendo in considerazione la diagnosi dell'episodio di "malattia", comunque trattava il numero e la durata episodi di assenza per malattia, entrambi dati medici sensibili; più precisamente, dalle parole di SORO: "il dato stesso dell'assenza dal lavoro per malattia costituisce dato sulla salute".

#### **Emerge il possibile bavaglio al Garante della Privacy: dovrà solo usare il suo potere dopo le iniziative del governo di regioni ed enti pubblici**

Si dirà, in fondo sono tentativi, abortiti, del 2018. Oggi l'Italia seguirebbe in campo sanitario il rigore del regolamento europeo GDPR. Ebbene, con il Covid molti freni si sono allentati e, ad esempio, ai medici in molte regioni è stata consentita la spedizione delle ricette per normali email, non criptate, di provider proprietari e spesso extra-UE.

Ed inoltre, nel settembre 2021, lo Stato sta favorendo una nuova norma inserita nel decreto "Capienze", che salta il ruolo preliminare del Garante della Privacy. Secondo il decreto, le Pubbliche amministrazioni potranno trattare i dati personali anche senza un'apposita legge di autorizzazione.

E leggiamo sul sito del ILFATTO le dichiarazioni rispettivamente di due illustri giuristi. La prima del giurista Resta: "Le amministrazioni devono comunque rendere conto della congruità del trattamento"; la seconda di Sarzana: "La norma va circoscritta, ci sono rischi di abusi"

#### **Ma anche a livello europeo...**

Ma anche a livello europeo avanzano big data e algoritmi istituzionali e si fanno scelte che vanno in contraddizione con lo stesso GDPR. Ad es il bollettino online specializzato in sicurezza Techcrunch ci ricorda che mentre la UE ha consigliato ai suoi parlamentari e ai suoi burocrati di usare l'App cifrata e indipendente della fondazione "Signal" (al posto ad es della app proprietaria "whatsapp"), nello stesso tempo essa sta mettendo in atto leggi che compromettono la cifratura, così come ci ricorda il comunicato congiunto dei provider europei di aziende di App e servizi email o Cloud legati a sistemi di cifratura seria.

#### **Conclusioni sulla questione "Algoritmi istituzionali"**

Questi esempi indicano il troppo difettoso e rischioso potere della combinazione di Algoritmi di Intelligenza artificiale e Big Data in mano ad importanti aziende private o istituzioni pubbliche. Essi ci ricordano l'avvertimento della matematica Cathy o Neal, che dopo essere stata consulente di aziende simili ha deciso di passare alla controinformazione e nel suo libro, *Weapons of Math Destruction* ha scritto:

*"La matematica sposata alla tecnologia riusciva a moltiplicare il caos e le sventure, alimentando o rendendo più efficienti sistemi che - ora lo capivono erano malati... molti di questi modelli avevano codificato il pregiudizio umano, l'incomprensione e l'errore sistematico nei software che controllano ogni giorno di più le nostre vite. Come fossero divinità questi modelli matematici erano misteriosi e i loro meccanismi invisibili tranne che ai sommi sacerdoti della materia: matematici ed informatici"*

Secondo l'autrice i giudizi degli Algoritmi da lei studiati, anche se sbagliati o pericolosi, sono spesso incontestabili

e senza appello, visto che chi li contesta è chiamato a fornire dimostrazioni di livello decisamente superiore rispetto agli stessi algoritmi

Le tecnologie basate su intelligenza artificiale potrebbero essere utili in alcuni contesti difficili (rifugiati, paesi in via di sviluppo, zone isolate con pochi medici). Ma anche in questo caso bisognerà evitare un rischio di asimmetria a cui l'autrice si riferisce: la medicina impersonale dei grandi numeri e degli automatismi potrebbe essere destinata ai pazienti poveri, mentre solo agli abbienti sarebbe fornita una medicina sartoriale, personalizzata, dal contatto umano, contatto anche fatto di strette di mano e di esame obiettivo.

### CONCLUSIONI

I medici ed i cittadini si sentono sovrachiati dallo sviluppo dei grandi database e dalle Reti in Medicina. Per evitare sentimenti negativi e mantenere la lucidità che serve per migliorare la nostra vita di medici e pazienti in Rete, credo che sia utile anche richiamare la dimensione storico-antropologica della Rete.

Abbiamo pensato che la Rete fosse la semplice evoluzione e arricchimen-

to tecnologico del Personal Computer. No, Internet ha significato un cambio antropologico di gran lunga maggiore di quell'arricchimento". In effetti, spesso dimentichiamo che la storia della Rete nasce negli anni 50 nell'ambiente militare. Vi è stato solo un periodo, quello del primo Web, in cui abbiamo avuto una Rete basata più sulla collaborazione tra tanti nodi periferici che su alcuni grandi nodi centrali. Negli ultimi decenni stiamo tornando al controllo centralizzato di grandi server appartenenti o a stati e regioni o a grandi aziende multinazionali. La tendenza attuale purtroppo sfavorisce la tradizione della cultura della medicina del territorio, vicina ai quartieri e ai nuclei familiari o di vicinato. Questa centralizzazione chiede ai medici di aderire al modello di co-controllo dall'alto dei cittadini e pazienti. Alla fine di questo articolo, i medici possono, comprensibilmente, sentirsi troppo piccoli rispetto alla potenza dei nuovi meccanismi in mano a vecchi e nuovi poteri. Può vincere la pesantezza del fatalismo. Per recuperare un po' di leggerezza dovremo tornare alla prima immagine dell'articolo, dei pesci nell'acqua. Anche le pesanti mante giganti sono capaci a

volte di staccarsi dal mare in tempesta, per osservarlo da fuori. Ma anche gruppetti dei piccoli "pesce rondine" sono capaci di volare sull'acqua anche per 400-500 metri e magari darsi uno sguardo l'un l'altro. Ecco, analogamente, in questo momento più che imporsi o imporre cambiamenti su *big data* e *big interest*, ci serve una prima consapevolezza, un nuovo sguardo.

### Bibliografia e Sitografia

- 1) <https://www.wired.com/story/opioid-drug-addiction-algorithm-chronic-pain/>
- 2) [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3768774](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3768774)
- 3) [https://corrieredelveneto.corriere.it/venezia-mestre/cronaca/18\\_novembre\\_28/rinviate-visite-200-pazienti-oncologiciil-software-ammorbida-urgenze-9af4a4d0-f27d-11e8-b0d6-71c84bf2718d.shtml](https://corrieredelveneto.corriere.it/venezia-mestre/cronaca/18_novembre_28/rinviate-visite-200-pazienti-oncologiciil-software-ammorbida-urgenze-9af4a4d0-f27d-11e8-b0d6-71c84bf2718d.shtml)
- 4) <https://www.privacyitalia.eu/garante-privacy-no-a-profilazione-lavoratori-consistema-di-mining-dellinps-per-le-visite-fiscali/8705/>
- 5) <https://techcrunch.com/2021/01/27/protonmail-threema-tresorit-and-tutanota-warn-eu-lawmakers-against-anti-encryption-push/>
- 6) Cathy O' Neal "Weapons of Math destruction" (ed italiana: Armi di distruzione matematica, 2017, Bompiani, Milano).
- 7) Timothy Snyder: 20 lezioni per la democrazia - Rizzoli -2017.

## Medici Non Vaccinati

**Fnomceo: 1.972 i medici sospesi per mancata vaccinazione. Sono il 7,2% del totale i medici che, sulla piattaforma del green pass, risultano 'inadempienti'. Ma, rileva Anelli, "si tratta di un dato grezzo che non fotografa la situazione reale"**

Al 21 gennaio 2022 sono **1.972** i medici e gli odontoiatri attualmente sospesi dagli Albi dei Medici e degli Odontoiatri italiani per mancato rispet-

to dell'obbligo vaccinale: lo **0,4%** degli iscritti, che sono in tutto **467.611**. A comunicarlo, la Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini. Il DL 172, per il quale la Camera ha approvato ieri in via definitiva il disegno di legge di conversione, pone in capo agli Ordini degli esercenti le professioni sanitarie, per il tramite delle rispettive Federazioni nazionali, la verifica automatizzata - attraverso la Piattaforma nazionale del Digital green certificate - del possesso delle certificazioni verdi comprovanti lo stato di avvenuta vaccinazione, comprensiva della dose booster.

L'ultima interrogazione, effettuata questa mattina dalla Fnomceo, indica che il **7,2%** dei medici e odontoiatri italiani (**33.534**) non adempirebbe alla legge. "Si tratta di un dato grezzo, che non

fotografa la reale situazione dei sanitari inottemperanti - spiega il Presidente della Fnomceo, Filippo Anelli - e che comprende, ad esempio, anche i colleghi che non possono vaccinarsi o che devono differire la dose per motivi di salute, quelli che sono risultati positivi al Covid e devono quindi posticipare l'appuntamento, quelli che sono in attesa del booster avendo già la prenotazione.

E poi, quelli che si sono vaccinati all'estero, e che non sono stati registrati sulla piattaforma italiana". "Una volta ricevute le segnalazioni, gli Ordini invitano via pec gli iscritti a fornire, entro cinque giorni dalla ricezione della richiesta, la documentazione comprovante l'effettuazione della vaccinazione, o il certificato di esenzione o di

differimento, o la prenotazione per la dose, che deve poi essere effettuata entro 20 giorni. In quest'ultimo caso, il sanitario dovrà, entro tre giorni dalla somministrazione, inviare il certificato vaccinale”.

“Gli Ordini hanno adempiuto subito alle loro responsabilità, anche se questo ha causato un forte aggravio di lavoro per gli uffici e per il personale – continua Anelli -. La prima estrazione dei dati, fatta il 20 dicembre, ha segnalato oltre 60mila nominativi, che si sono oggi dimezzati: segno

che molti colleghi hanno comunicato di essersi messi in regola. Sono partite anche, dopo gli opportuni accertamenti, le prime sospensioni e altre sono in arrivo”.

“Ringraziamo gli Ordini territoriali per il loro lavoro e, come Federazione, siamo sempre pronti a sostenerli nelle difficoltà applicative che dovessero incontrare – conclude Anelli – con circolari, Faq, ‘question time’ dedicati. Si tratta di un grosso onere che è però collegato alla responsabilità propria degli Ordini, quella della tenuta degli Albi.

L'intento non è punitivo – tanto che la sospensione non ha natura disciplinare ma dichiarativa -. L'obiettivo è, come afferma la legge, quello di tutelare la salute pubblica e mantenere adeguate condizioni di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza.

Se poi vengono rilevate anche infrazioni deontologiche, come accade, ad esempio, con i sanitari che diffondono messaggi no-vax o non fondati su evidenze scientifiche, in parallelo saranno aperti anche dei procedimenti disciplinari”.

## La dipendenza fa il medico scontento

La dipendenza dal Servizio sanitario nazionale genera disaffezione eppure c'è chi vorrebbe estenderla anche alla Medicina generale.

La proposta in discussione nella conferenza Stato-Regioni si scontra con quanto emerge da un nuovo sondaggio della Federazione Cimo-Fesmed, che registra l'insoddisfazione dilagante tra i suoi iscritti per come si è trasformata la professione.

Il sospetto, come sintetizza il presidente della Fnomceo Filippo Anelli, è che dietro il tentativo di portare nel perimetro pubblico l'assistenza territoriale, si celi la necessità di nascondere – specie alla luce dell'emergenza pandemica – “la polvere sotto il tappeto, anziché cercare le ragioni per le quali si è accumulata e rimuoverla”.

### CIMO: IN FUGA DAL PUBBLICO

Dal sondaggio – promosso dal sindacato che rappresenta oltre 18mila camici bianchi – emerge, in particolare, un diffuso desiderio di fuggire dall'ospedale pubblico.

Se da una parte il 72 per cento degli oltre 4mila medici partecipanti – potendo tornare ai tempi della fine del

liceo – risceglierebbe la stessa professione, solo il 28 per cento continuerebbe a lavorare in una struttura pubblica. Tra le cause principali indicate, vi sono i carichi di lavoro eccessivi e la carenza di riposo, oltre alla eccessiva quantità di tempo dedicata agli atti amministrativi (per il 56 per cento degli intervistati). Il 40 per cento ritiene, inoltre, insufficiente il tempo dedicato all'atto medico e all'ascolto del paziente.

### CONVENZIONE VS DIPENDENZA

E mentre dagli ospedalieri giunge il messaggio che la dipendenza dal Servizio sanitario nazionale è fonte di rimpianti, la subordinazione incombe sui colleghi medici di famiglia.

Nella discussione in atto in sede di Conferenza Stato-Regioni, proprio sul tema si è creata una frattura su come inquadrare i medici delle case di comunità.

Da una parte c'è chi, per rivedere un modello messo in crisi dall'emergenza pandemica, propone di archiviare la convenzione per i medici di famiglia, sostituendola con la dipendenza diretta dal servizio sanitario (Campania, Toscana, Veneto e Lazio).

Dall'altra chi invece vorrebbe – mantenendo il regime convenzionale e lo status di libero professionista – aumentare le ore di lavoro settimanali portandole da 15 a 38, delle quali 20 da fare in ambulatorio e almeno 6 da prestare nelle Case di comunità.

### ANELLI (FNOMCEO): INUTILE NASCONDERE LA POLVERE SOTTO IL TAPPETO

Sul tema è intervenuto anche il presidente della Federazione, Filippo Anelli. “Interessante come, proprio mentre i medici ospedalieri voglio fuggire dalla dipendenza, si voglia estendere questa forma contrattuale anche ai medici di medicina generale – ha commentato il presidente della Fnomceo -.

Il sospetto è che si voglia, con una studiata demagogia, spostare il dibattito sulla forma giuridica, per non guardare come deve davvero cambiare il lavoro, sia negli ospedali che sul territorio. I medici però non ci stanno: e dicono basta. Basta a un sistema che affossa i medici con tutto un carico di lavoro improprio che deriva da un'organizzazione che ha fatto il suo tempo”.

### ENPAM CONTRARIA

Come è noto, la Fondazione Enpam è assolutamente contraria a un eventuale passaggio alla dipendenza dei medici di famiglia attuali e futuri. Un'eventuale mutazione del rapporto di lavoro, anche solo dei futuri medici convenzionati, metterebbe infatti a rischio l'equilibrio del sistema previdenziale e il pagamento delle pensioni già maturate.

# Louis Joseph Nicod, medico parigino itinerante: esperto oftalmologo o ciarlatano?

di **GIANNA FERRARI DE SALVO**

## Premessa

La più antica testimonianza scritta sulla chirurgia dell'occhio si trova nel *Co-dice di Hammurabi* che risale al XVIII secolo a.C. L'oculistica iniziò a diffondersi a Roma verso il I secolo a.C., come viene attestato da un rilevante numero di stele funerarie dove sono indicati i "medici oculari" e i "chirurghi oculari". Aulo Cornelio Celso (25 a.C. circa – 45 d.C. circa), enciclopedista e medico romano, probabilmente nativo di Roma, nel suo *De Medicina* (volume VII), tratta lo stato dell'arte chirurgica ai suoi tempi. Nel capitolo dedicato all'oculistica, riproduce l'anatomia dell'occhio raffigurando le cinque membrane che lo formano: cornea, coroidi, aracnoide, ialoide e cristallino, descrivendo perfettamente molti interventi e ponendo l'attenzione sull'operazione della cataratta<sup>1</sup>, una delle più difficili da eseguire in quell'epoca. L'intervento consisteva nell'introdurre un ago rovente nell'occhio per rompere la cataratta, facendo attenzione ad ogni minimo movimento poiché avrebbe potuto rendere irreparabilmente cieco il paziente. Oltre alla rimozione della cataratta, Celso descrive diverse altre operazioni, quali la blefaroplastica e il raschiamento del tracoma con le varie complicazioni postoperatorie. Inoltre, evidenzia trentasei patologie oftalmiche, tra le quali: congiuntiviti, ulcere, tumori (per primo ha individuato l'epitelioma delle palpebre) e di ognuna suggerisce la terapia medica<sup>2</sup> e chirurgica. Lo strumentario chirurgico da lui usato non risulta abbondante: uno specillo per raschiare il tracoma, un ago finissimo per abbassare il cristallino nell'operazione di cataratta, un uncino, un cauterio per distruggere le ciglia, dei coltelli di piccole dimensioni.

Anche Antillo, un chirurgo greco vissuto a Roma nel II secolo d.C., noto soprattutto per il suo metodo di cura degli aneurismi, elaborò istruzioni specifiche per vari tipi di interventi chirurgici e predispose precise norme per l'asportazione della cataratta. Dagli inizi del II secolo d.C. l'oculistica ebbe uno sviluppo straordinario in Gallia, com'è documentato in alcune sculture e in diversi sigilli oculistici e dal rinvenimento di sette astucci chirurgici di oftalmologi nello scavo di tombe<sup>3</sup>.

## Un oculista girovago esperto in cataratta

Dopo questa premessa generale ci pare opportuno presentare qui di seguito l'intrigante e discussa figura del medico francese Louis Joseph Nicod. Nativo di Gex, nel Dipartimento dell'Alverna-Rodano-Alpi, allievo degli ospedali di Parigi e della Scuola Pratica, egli si laureò presso la facoltà di medicina di Parigi il 30 agosto 1815 con la tesi *Dissertation sur le scorbut*. È sintomatico che nella relazione della commissione esaminatrice si precisi che tutte le opinioni espresse nella Dissertazione «devono essere considerate come proprie dell'autore e, quindi, non s'intende approvarle né disapprovarle». La tesi di 28 pagine, dedicata allo zio<sup>4</sup> «monsieur Nicod, in testimonianza di riconoscenza, rispetto e affetto», comprende i seguenti argomenti: cause predisponenti; cause produttive; sintomi; autopsie <e diagnostiche> cadaveriche; prognosi; mezzi profilattici; aforismi ippocratici. Non ci è noto l'anno in cui il nostro «dottore in medicina della facoltà di Parigi, specialista di vari ospedali e membro di molte Società scientifiche», si specializzò in oculistica, né quando iniziò ed ebbe fine la sua saltuaria attività in diverse città italiane.

## Viaggio in Italia

Un'ampia e meticolosa ricerca tra i quotidiani dell'epoca ha reso possibile ricostruire parte dell'itinerario nel nostro paese di Nicod a cominciare dal 1839. Una martellante campagna pubblicitaria, diretta a informare i cittadini che di lì a pochi giorni l'avrebbero visto protagonista di "mirabili imprese chirurgiche", precedeva ogni suo arrivo nelle città. Con brevi annunci sulla stampa locale e con volantini (vedi appendice), veniva reclamizzato il suo talento e indicato l'albergo dove avrebbe soggiornato e svolto la sua attività specialistica. Si presentava con enfasi la sua scienza e gli innumerevoli successi conseguiti, citando medici e professori universitari che avevano assistito ai suoi interventi e le moltissime persone che si erano affidate alle sue straordinarie capacità. Molti dei pazienti, sui quali aveva ottenuto mirabolanti guarigioni, venivano citati con nome, cognome, età, domicilio e patologia mentre si tacevano quasi sempre gli inevitabili fallimenti.

La prima notizia della sua venuta in Italia l'apprendiamo dalla "Gazzetta di Genova" del 9 febbraio 1839<sup>5</sup>. Nel trafiletto, in francese, si avvisava che l'oculista di Parigi, nel frattempo chiamato a Nizza per eseguire molte operazioni di cataratta, sarebbe venuto a Genova per soggiornarvi per oltre un mese. Il primo maggio, il medesimo quotidiano informava che «il noto dottore lo scorso inverno, dopo esser passato da Lione, Marsiglia, Tolone, Nizza e altre città, dando numerose e chiare prove del suo talento, col restituire la vista a moltissimi ciechi», sarebbe finalmente giunto nella città ligure su invito pressante di molti concittadini e con l'avallo degli organi competenti che gli avevano concesso la facoltà di curare le malattie oftalmi-

che nel Ducato di Genova<sup>6</sup>. Con cadenza pressoché quotidiana, la “Gazzetta” annunciava l'imminente arrivo del «provvidenziale ed esperto professore», la cui specialità è «la cataratta, che opera sempre con grandissimo successo [...], con un metodo suo particolare e impareggiabile maestria, prestezza e precisione [...] et egualmente pratica la tanto delicata pupilla artificiale»<sup>7</sup>, invitando parroci e amministratori locali a fornire le fedeli di carità agli aventi diritto per poter usufruire di prestazioni gratuite.

Nella città della lanterna l'oculista parigino soggiornò dal 18 maggio al 20 agosto. Presso l'Hotel de Ville<sup>8</sup> dove aveva stabilito la sua residenza, «persone di ogni cetto e condizione, travagliate da male d'occhi», accorrevano incessantemente per ottenere guarigione o sollievo. Oltre a visitare e operare nella sua stanza d'albergo o nelle case private, egli svolgeva la sua attività nei pubblici ospedali, quali l'Albergo dei Poveri (altrimenti detto Albergo di Carbonara<sup>9</sup>) e l'Ospedale della Marina (ospedale Pammatone<sup>10</sup>). Degna di menzione è l'estrazione della cataratta «gratuitamente eseguita con impareggiabile capacità ed esattezza» sul muratore genovese Lorenzo Agino. In questa occasione, Nicod «dovette adoperare quella sua propria ingegnosa destrezza», poiché la cataratta, che si presentava voluminosa e «piccola oltre il consueto nella camera anteriore dell'occhio, esigeva <una> misurata incisione al fine di garantire le vicine parti [...], e mettere in lembi la cristalloide posteriore che si mostrava in uno stato di completa opacità». Non meno spettacolare il successo conseguito su di un uomo di Torriglia (GE) e sulle sue due figlie, tutti nati con cataratta capsulare e aderente in ambedue gli occhi<sup>11</sup>. Il 10 luglio, sul solito giornale, ecco un trafiletto per annunciare che il Nostro era in procinto di recarsi ad Acqui (Terme) dove aveva inviato molti suoi pazienti per sperimentare l'azione curativa di quelle acque nelle patologie oftalmiche<sup>12</sup>. Il 14 agosto, di ritorno dal suo “viaggio scientifico”, soggiornò nuovamente a Genova fino al giorno 20 quando ripartì per Parigi<sup>13</sup>. In quest'occasione, la stampa locale, riprendendo a vantare i suoi singolari successi chirurgici, riferisce che delle ultime 16 persone operate, solo 2

non ebbero il risultato sperato, come del resto Nicod aveva anticipato al professor Guidetti, ispettore sanitario degli Spedali genovesi<sup>14</sup> e agli stessi amministratori.

## Ritorno in Italia

Nuovamente in Italia, nel gennaio 1840 raggiunse il Granducato di Toscana. Appena si sparse la voce della sua presenza in Firenze, numerosi malati accorsero per consultarlo insieme a parecchi medici, desiderosi di conoscere la sua opinione su diverse patologie oculari. Alcuni colleghi vollero assistere ad un interessante intervento, eseguito nella sua abitazione, su Umiltà Ciarpaglini, «una miserabile contadinella di Subbiano (Arezzo), priva della vista da parecchi anni che subito recuperò»<sup>15</sup>. Raggiunti a marzo gli Stati Pontifici dove soggiornò diversi mesi, eseguì «con lode moltissime operazioni di cataratta e di altre malattie oftalmologiche», per le quali fu decorato da papa Gregorio XVI con lo “Sperone d'oro”<sup>16</sup>. Molte furono le persone che si presentarono a chiedere un parere, e vari medici e chirurghi della città gli inviarono i loro pazienti per una diagnosi. I più importanti interventi, tra i numerosi eseguiti a Roma, furono quelli effettuati su Maria Gamondi, in passato operata due volte di cataratta senza “favorevole risultamento”, e su Francesco Iacobucci che aveva perduto la vista per l'esplosione di una mina. Ad entrambi impiantò una pupilla artificiale<sup>17</sup>, mentre a Tommaso Nobili fu “ristabilita la vista” togliendo una parte della palpebra paralizzata. Analoghi successi ottenne su una quindicenne e su altri cinque, tra uomini e donne, dai 66 agli 84 anni, operati con recupero totale della vista, poiché, come scriveva “La Voce della Verità”, «per questo abile oculista non forma[va] ostacolo un'età anche avanzata»<sup>18</sup>. Un intervento di alta importanza fu quello eseguito su Antonia Mampieri di Levano, nata cieca per una doppia cataratta capsulare<sup>19</sup>. Il “Diario di Roma” pose in evidenza, ancora una volta, che l'oculista parigino viaggiava in Italia per visitarne le università e nelle città dove soggiornava prestava gratuitamente la sua opera ai poveri. La sua imminente partenza da Roma, dove lasciava «una splendida reputazione, sarebbe stata una grande perdita»<sup>20</sup>. Il 27 maggio seguente giun-

se a Livorno e prese alloggio alla Pensione Svizzera dove contava di fermarsi per 15 giorni<sup>21</sup>, poi fu nuovamente a Firenze, ospite nel palazzo Fenzi di Via Larga<sup>22</sup>.

Il 22 settembre 1841, la “Gazzetta di Genova”<sup>23</sup>, si affrettò ad annunciare il ritorno del celebre oculista, cavalier Nicod, «vantaggiosamente conosciuto in tutte le contrade d'Italia e specialmente a Genova per l'ottimo successo ottenuto nel 1839, in seguito a numerosissime e felici operazioni praticate tanto nei pubblici spedali e stabilimenti, quanto nelle case particolari». Si sarebbe fermato circa un mese, per poi passare negli Stati romani da dove gli erano arrivate molteplici richieste».

Tale era ormai la sua fama, che persino il musicista Gaetano Donizzetti, con problemi agli occhi causati presumibilmente dalla sifilide, cercò di trovare un rimedio al suo male ricorrendo a lui. In una lettera datata 20 gennaio 1842, indirizzata all'amico maestro Antonio Dolci, scriveva: «Nicod verrà, che per caso lo seppi, e possa avere fine una così dolorosa e noiosa operazione»<sup>24</sup>.

## L'Imperiale Regio Governo di Verona gli nega di esercitare in città

L'Archivio di Stato di Verona conserva una lettera autografa, non datata e scritta in francese, indirizzata da Nicod al Delegato della Provincia di Verona, con la richiesta di poter avere al più presto l'autorizzazione ad esercitare in città. Da un documento del 9 settembre 1842 della Presidenza dell'Imperiale Regio Governo di Verona, si evince che all'oculista francese *Louis Joseph Nicod, docteur de l'université de Paris*, era stato precedentemente concesso di esercitare “la sua arte” in Lombardia e, successivamente, anche a Verona in «via meramente interinale e per un breve tempo [...], tanto negli ospedali, come nelle case private di un medico oculista pratico (chirurgo) del luogo. [...] avendo qui i dati lodevolissimi della sua abilità, gli fu pure permesso l'esercizio della sua professione nelle città provinciali venete da lui fino ad ora visitate. Non trovo quindi difficoltà che anche in Verona, pel breve tempo della sua dimora in questa città e sotto osservanza delle condizioni ‘suavertite’, possa venire concesso di prestare la sua opera a chi ne ha d'uopo».

Il regio medico provinciale di Verona, Antonio Nonis, nella sua risposta del 15-9-1842, non solo nega il suo consenso, ma definisce i suoi volantini pubblicitari «riboccanti di esagerazioni da ciarlatano e macchiati perfino di ributtanti falsità, come è la millantata guarigione delle amaurosi» (vedi appendice).

## **Impietosi anche i giudizi dei colleghi**

La lunga risposta del dottor Nonis, dimostra che egli si era ben informato sulle prestazioni dell'oculista francese cui rifiutava la possibilità di esibirsi a Verona. Nonostante le enfatiche lodi che costellavano gli articoli dei giornali del tempo e che fanno sorgere il sospetto di essere stati dettati e pagati dallo stesso Nicod, molte furono le critiche mosse da colleghi italiani nelle loro pubblicazioni scientifiche. I suoi 'miracolosi' interventi vennero, ad esempio, documentati (citando perfino i nomi dei pazienti che ottennero risultati a dir poco tragici), minuziosamente analizzati e severamente giudicati dal dottor Michelangelo Asson<sup>25</sup>, chirurgo primario dell'ospedale civile di Venezia, che lo vide all'opera.

«Il fatto più eclatante era quello di spacciare l'erroneo principio che il metodo dell'estrazione sia l'esclusivo per sgombrare l'occhio dalla cataratta». Anche se il primo tempo dell'operazione era dal cavaliere Nicod eseguito, come dai più degli oculisti, mediante l'incisione inferiore, «niuna regola fissa era da lui tenuta circa all'estensione e alla forma del taglio, sicché questo ora riusciva ampio, talora piccolissimo, qualche volta semicircolare, qualche altra triangolare. Non di rado la punta del cheratocono andava a pungere la caruncola lacrimale; che non sarebbe stato il maggior danno se, in parecchi casi [...] nel taglio della cornea, fosse compresa più o meno ampiamente l'iride, talora con qualche spandimento di sangue». Dopo l'incisione della cornea, egli «posava un piede sopra una sedia [...], per rialzare il proprio ginocchio in guisa da potervi appoggiare la testa dell'ammalato. Così rendeva inutile sostenere e mantenere aperte le palpebre, ed evitava ogni pressione sopra il globo dell'occhio. Allora, introduceva per la ferita l'ago al fine di apri-

re la capsula e, con pressioni sull'occhio, faceva uscire la lente che era afferrata con pinzetta dall'aiutante, o spinta innanzi con cucchiaio di David. Poi con la pinzetta stessa estraeva, o faceva estrarre dall'aiutante medesimo, ch'era sua moglie<sup>26</sup>, i rimasugli della cataratta. Talvolta, l'ago per incidere la cristalloide, o il cucchiaio di David, erano introdotti nella camera posteriore attraverso l'incisione dell'iride, e di là spingevano all'innanzi per la pupilla la lente opacata. Dietro le pressioni, questa usciva per la ferita dell'iride anziché attraverso la pupilla. In un caso, in cui l'iride si era riaccostata alla cataratta, vidi afferrare e stirare quella mediante la pinzetta. Esposi tali ragguagli per far conoscere di qual tempra sieno codesti stranieri che pretendono illuminarci di loro dottrina».

Sarebbe troppo lungo in questa sede esporre gli errori, enumerati dal dottor Asson «nelle operazioni eseguite nell'estate del 1842 nelle due divisioni chirurgiche dello Spedale, nella Casa di Ricovero, e per la città <di Venezia>». Tra tutti possiamo ricordare il caso di Francesco Gallo, di anni 70. Operato in ambedue gli occhi di cataratta immatura, fu colpito da un'infiammazione gravissima. Non si possono «esprimere – riferisce Asson – i dolori gagliardi sostenuti da questo infelice ai globi degli occhi e alle sopracciglia, che ne seguì il delirio», per cui fu necessario immobilizzarlo.

In nessuno degli operati – continua Asson – il celebrato oculista prescriveva il regime antiflogistico per impedire o bloccare l'infiammazione, poiché egli confidava nella dieta, e ancor più in una certa sua tintura, simile all'*elixir vitae* degli alchimisti. «Di sette occhi operati con l'estrazione, cinque furono distrutti e perdettero la loro funzione, in due si mantenne la facoltà di vedere, ma con alterazioni notabili nella loro tessitura. [...] Nicod non si faceva scrupolo nel praticare l'estrazione in qualsiasi specie di cataratta: matura o immatura, molle, liquida, lattiginosa o dura, senza complicazioni o complicata da flogosi palpebrale, aderenza ecc., con l'occhio protuberante o infossato, con l'apertura palpebrale ampia o ristretta, in persone tranquille e in età matura, o inquietissime e nell'età infantile»<sup>27</sup>.

Il medico provinciale professor Giuseppe Vallenzasca<sup>28</sup>, senza mai citare Nicod per nome, nella lettera indirizzata al professor Panizza<sup>29</sup>, scrive: «i ventisei occhi operati (dic'egli) sedici rimasero ciechi [...] il che dà un esito sfortunato di oltre un sessanta per cento, cifra per verità gravemente sconsigliata in questi tempi»<sup>30</sup>.

Anche il professor Giuseppe Gernier<sup>31</sup> spese alcune righe dichiarando: «Nicod non conosce che l'estrazione, ma egli non può vantare che un solo esito felice in 20 casi; come ho potuto verificare a Marsiglia, Nizza, Genova e a Roma»<sup>32</sup>.

Un altro improvvido intervento praticato a Trieste fu argomento di critica. Un abate, affetto da dacriocistite, fu operato dal "girovago oculista francese" che, noncurante della causa di tale patologia, rese vano l'intervento. Inserita la cannula di Dupuytren, senza avvedersi di un nocciolo di ciliegia che otturava l'apertura inferiore del canale nasale, causò l'infiammazione della congiuntiva e la contusione del sacco lacrimale. Il paziente fu poi preso in cura dal dottor Gian Paolo Cumano, pubblico chirurgo di Trieste, che rimosse il nocciolo e alcuni polipi nasali favorendo la guarigione<sup>33</sup>.

Nel 1851 il dottor Gerolamo Marinetti, indagando sulle difficoltà dell'intervento di cataratta, fa riferimento ai più esperti chirurghi dell'epoca, sia italiani che stranieri, alcuni dei quali preferiscono il metodo depressorio, altri quello estrattivo. Cita l'oculista francese con queste brevi note: «Nicod, viaggiando in Lombardia, fece tanto strepito da oscurare la fama di molti chirurghi e professori, ma viene accumulato ai ciarlatani che adoperano più spesso, in caso di cataratta, l'estrazione piuttosto che la depressione, con la prontezza del primitivo successo, dopo di che sogliono lasciare il malato quasi col noto adagio: io ti ho operato, Dio ti guarisca»<sup>34</sup>.

## **Appendice documentaria**

### *Il volantino pubblicitario*

Dottore di medicina della Università di Parigi, oculista in vari spedali francesi e stranieri, membro di molte società mediche, oculista brevettato dal Sommo Pontefice Gregorio XVI

Il cav. Nicod si vantaggiosamente conosciuto nelle principali città d'Italia,

dove ha praticate con felice successo molte operazioni di cataratta, pupilla artificiale, fistola lacrimale, strabismo, ecc., tanto nelle case private quanto nei pubblici spedali, come viene attestato sui pubblici fogli di varie città, avendo ottenuto dagli Illustrissimi Regi Governi di Lombardia e Venezia la necessaria approvazione. Soggiornò a Milano, Bergamo, Brescia, Cremona, Mantova e recentemente Venezia, Trieste, Udine, Treviso e Vicenza, nelle quali ha reso la vista a più di 500 ciechi, e ora volendo aderire all'invito che più persone di Verona gli fecero di condursi in questa città, vi giungerà li 4 settembre e vi dimorerà sino al giorno 17..., pronto a prestarsi per chi desiderasse valersi dell'opera sua.

Il dottor Nicod opera la cataratta con un metodo suo particolare, che ha molti vantaggi sui metodi posti in opera oggidì, di rendere cioè impossibili le cataratte secondarie e così frequenti dopo le operazioni fatte col metodo ordinario. Uno dei sommi vantaggi ch'egli crede poter recare alla sofferente umanità, è quello di rimediare agli esiti sfortunati delle operazioni fallite. È necessario avvertire che anche l'età avanzata non offre ostacolo alcuno al buon successo dell'operazione citata. La fistola lacrimale è pure da lui operata con metodo affatto nuovo, così pure dicasi della cura della amaurosi e delle malattie tutte degli occhi, e specialmente di quelle che riconoscono la loro origine della discrasia scrofolosa, venerea, ecc.

L'operazione dello strabismo (Iosco), che toglie una delle più ributtanti deformità, fu dallo stesso ridotta a semplicità tale che non offre pericolo alcuno all'ammalato, e non ammette dubbio intorno alla buona riuscita. Egli ebbe la soddisfazione di praticarla ovunque con esito costantemente felice, col garantire un successo sempre perfetto.

Il dottor Nicod alloggerà a Verona alla Torre di Londra<sup>35</sup> e riceverà tutti i giorni dalle dieci antimeridiane alle due pomeridiane.

### Risposta del dottor Nonis

Il senso del presidiale decreto è stato preciso e determinato, che volendo interpretare secondo gli interessi e le pretese del sig. Nicod sarebbe lo stesso che rinunciare al buonsenso

ed alla logica, perché *inclusio unius est exclusio alterius*. Dalla semplice lettura del Decreto rilasciatogli, rilevasi manifestamente che Sua Eccellenza il Governatore, cedendo alle istanze del Regio Delegato Provinciale di Venezia, permise al Nicod: 1°) puramente in via interinale; 2°) durante la sua breve dimora in Venezia; 3°) di operare alla presenza di un oculista pratico della detta città.

Questi tre vincoli, onde il Nicod è impastoiato, dimostrano chiaramente quanto Sua Eccellenza ne andasse fino allora circospetto, quando le scaltrite arti di questo signore non erano per anco ben conosciute, come lo sono al presente.

Qui la pubblica voce lo ha già giudicato per un uomo astuto che sa vendere molto bene e a caro prezzo la sua merce, che con i suoi inganni ed allettamenti si fa proclamare dalle stesse autorità uomo filantropo, e che si serve di questa filantropia siccome di esca o di comino per pigliare i grossi pesci e gli uccelloni.

Tale è la pubblica voce, la quale sa, e sino a quanto possa esser vera, non sa dire l'umile sottoscritto. Certo però è che da Pavia, da Cremona e da Brescia, ci pervenne la storia di non pochi fatti, da cui apertamente rileverebbersi essere non la filantropia e non l'amore allo studio lo scopo delle sue escursioni scientifiche, ma sì invece l'amore al guadagno e l'avidità al guadagno.

Nel breve colloquio avuto con il sottoscritto alla presenza dell'I. R. aggiunto, facente le veci del R. Delegato in permesso, si è doppiamente contraddetto e mostrato per quel che è, adducendo a cagione delle sue escursioni ora uno scopo scientifico, ed ora uno scopo più alto, qual è il politico e diplomatico. Della verità di quest'ultimo scopo non appartiene al sottoscritto giudicare, ma è molto probabile, che sia questa una delle solite jattanze, con cui gli scaltriti sanno imporre ai meno accorti. Certo però è che l'altro scopo, quello cioè della scienza, è del tutto infondato e ridicolo, conciossiacché non saprebbe bene se volesse egli insegnare agli Italiani o dai medesimi apprendere. In quest'ultimo caso si dimostra egli così orgoglioso che non vorrebbe a nessun patto attingere nuove cognizioni dagli Italiani, ma noi pure siamo, la Dio mercé, si

bene innanzi nell'arte oculistica, che non ne abbisognamo né de' suoi conazionali, imperciocché è cosa notoria essere stata la clinica di Vienna, per opera del celebre Bär<sup>36</sup>, la maestra di tutte in Europa, esservi ora le nostre modellate su quella, e non contarsi che dieci o dodici anni dacché la Francia ha aperto in Parigi una Clinica Oculistica che per giunta affidò ad un oculista tedesco.

Finalmente un ultimo criterio che ci convince del coperto fine di costui; lo si deduce dagli ampollosi suoi manifesti, riboccanti di esagerazioni da ciarlatano e macchiati perfino di ributtanti falsità, come è la millantata guarigione delle amaurosi. Tutto ciò ha amato il sottoscritto di dire francamente in relazione all'odierno pregiato BM, facendosi così interprete tanto dei Sovrani Voleri, emanati da S.M. li 25 ottobre 1820, come pure delle provvidissime restrizioni a cui è permesso datogli col legato, il merito Presidiale Veneto Decreto 30 dic. 1841 n. 5469: aggiungendo pure questo esser da ultimo il voto di tutti i medici e chirurghi di Verona e a questo non opporsi il desiderio di alcuna veronese famiglia<sup>37</sup>.

\*RINGRAZIO BRUNO CHIAPPA E ANDREA ZULIANI PER AVER LETTO IL PRESENTE SAGGIO E PER I LORO CONSIGLI.

### NOTE E BIBLIOGRAFIA

- 1 Fin dall'antichità si è cercato di trovare il modo per curare la cataratta che gli antichi greci chiamavano "kataraktes" (cascata), poiché pensavano che la perdita della vista fosse dovuta ad un fluido torbido tra l'iride e il cristallino. Nell'antico Egitto, la prevenzione della cataratta era basata sull'applicazione di lozioni con vino, latte, chiodi di garofano e noce moscata. Più tardi furono utilizzati colliri principalmente di ioduro di potassio.
- 2 Il collirio era la forma farmacologica più diffusa e poteva essere solido o liquido. Quello solido, si otteneva con l'impasto di più ingredienti costituiti da grasso di maiale, miele e cera d'api addizionati a elementi chimici e organici: sali di zinco, di piombo, di mercurio e arnica. Sulla pasta ancora molle, il medico imprimeva il suo sigillo in cui era inciso il suo nome, il nome del collirio e quello della malattia. Al momento dell'uso, il collirio solido veniva diluito, a seconda dei casi, con acqua, aceto, vino, latte o albume.
- 3 Su questo argomento e sui personaggi citati rimando a: L. STERPELLONE, *Dagli DEI al DNA, l'affascinante cammino della medicina nei secoli*, Roma 1989, pp. 268-292.
- 4 Si tratta di Pierre Louis Aimé Nicod, autore di una *Mémoire sur la fistule lacrymale*, Paris 1820, e di molte altre memorie scientifiche.

- 5 "Gazzetta di Genova", n. 12, p. 2. In seguito, le notizie su Nicod sono riportate per la maggior parte a pagina 4.
- 6 Ibidem, n. 35, 1° maggio 1839.
- 7 Ibidem, n. 44, 1° giugno 1839.
- 8 Ibidem, n. 47, 12 giugno 1839. L'Hotel de Ville, già attivo nel Settecento, situato ancor oggi in uno dei palazzi storici Serra Gerace nella strada Reale, ora intitolata a Gramsci, era una struttura di grande pregio tra le più importanti della città.
- 9 Qui Nicod eseguì gratuitamente tre interventi di cataratta alla presenza di sei oftalmologi fra i più noti della città ("Gazzetta di Genova", n. 48, 15 maggio 1839). L'Albergo dei Poveri, quale istituto di assistenza pubblica destinato all'accoglienza di varie categorie di cittadini disagiati, è ubicato nella Valletta di Carbonara nel quartiere cittadino di Castelletto. La sua costruzione, iniziata nel 1656, si protrasse per quasi duecento anni a causa, in primo luogo, dell'infuriare della Grande Peste (negli scavi delle fondamenta verranno seppelliti circa 10.000 cadaveri).
- 10 Il Pammatone sorgeva nel quartiere di Portoria e dal Quattrocento agli inizi del Novecento è stato il principale ospedale di Genova. Edificato nel 1422 per volere del notaio genovese Bartolomeo Bosco, in seguito fu sopraelevato e altre modifiche alla struttura intervennero nel 1542 e nel 1627. Alla metà del Settecento, grazie ad un lascito della nobildonna Anna Maria Pallavicini, fu affiancato da un nuovo imponente edificio. Demolito all'inizio del XX secolo, l'ospedale venne trasferito nella nuova sede di San Martino.
- 11 "Gazzetta di Genova", n. 50, 22 giugno 1839.
- 12 Ibidem, n. 55, 10 luglio 1839.
- 13 Ibidem, n. 65, p. 7, 14 agosto 1839.
- 14 Su Guidetti rimando a: V. VITALE, *Onofrio Scassi e la vita genovese del suo tempo (1768-1836)*, Genova 1832, pp. 60-73-105-110-178-182-273 (in <https://storiapatriagenova.it>>Biblioteca\_Digitale)
- 15 "Gazzetta di Firenze", n. 7, p. 4, 16 gennaio 1840.
- 16 Ibidem, n. 66, 29 maggio 1840. L'origine di questa onorificenza è incerta, ma anteriore al XVI secolo. Precedentemente alle riforme di Gregorio XVI e Pio X, la Milizia Aurata non era un Ordine Cavalleresco, bensì un titolo nobiliare, più precisamente di dignità gentilizia di pertinenza pontificia, concesso per collazione diretta o subcollazione, grazie al quale si accedeva alla nobiltà ereditaria derivante da tale conferimento. Con Gregorio XVI (pontefice dal 1831 al 1846) verrà a perdere valore nobiliare sia nei presupposti pretesi che negli effetti, divenendo un titolo onorifico e mantenendo l'assetto di ordine equestre (da Wikipedia).
- 17 Sull'argomento si veda: C. DONEGANA, *Della pupilla artificiale ragionamento: corredato di osservazioni e rami*, Milano 1809.
- 18 "La voce della Verità, Gazzetta dell'Italia Centrale", p. 1127, 28 marzo 1840; p. 1158, 11 aprile 1840.
- 19 "Diario di Roma", nn. 7-10-23-28-31-43-44, anno 1840.
- 20 Anche "La Voce della Verità, Gazzetta dell'Italia Centrale" edita a Modena, riporta in due articoli i successi ottenuti a Roma da Nicod nel 1840.
- 21 "Gazzetta di Firenze", n. 66, p. 4, 29 maggio 1840. Impossibile localizzare tale struttura poiché all'epoca molte locande della città si fregiavano di tale nome (cfr. C. MANTELLI, *Giurisprudenza del Codice di commercio e delle altre leggi relative...*, Alessandria 1847, vol. 4, pp. 366-370).
- 22 Palazzo Fenzi - Marucelli, edificio storico seicentesco del centro di Firenze situato in Via Larga, ora Via Cavour.
- 23 "Gazzetta di Genova", n. 76, p. 4.
- 24 G. ZAVADINI - G. DONIZETTI, *Donizzetti, vita, musiche, epistolario*, Bergamo 1948, p. 395.
- 25 L'israelita Michelangelo Asson nacque a Verona il 21-6-1802 e si spense a Venezia il 3-12-1877 colpito da ictus apoplettico. Studiò medicina e chirurgia a Pavia e a Padova. Per qualche anno esercitò la professione medica a Verona; nel 1831 si trasferì a Venezia preceduto dalla fama di medico preparato e di abile chirurgo. Professore di anatomia e di clinica chirurgica presso la Scuola Medica di Venezia, fu membro dell'Istituto Veneto e di altre Accademie italiane ed estere, ufficiale dell'Ordine dei ss. Maurizio e Lazzaro. Scrittore di scienze medico-chirurgiche e letterario-filosofiche, le sue pubblicazioni furono circa 120, quattro le opere inedite. Su di lui rimando a: F. CORTESE, *Commemorazione di Michelangelo Asson (1802-1877)*, Istituto Veneto scienze, lettere ed arti, anno 1878, pp. 313-318, in [www.istitutoveneto.it](http://www.istitutoveneto.it) consultato il 10-11-2020; G. FERRARI DE SALVO, *Cenni per una storia dei medici ebrei di Verona fra tolleranza e persecuzione*, in "Verona Medica", n. 2, giugno 2015, pp. 32-40.
- 26 Apprendiamo il cognome della moglie e il nome del figlio del dottor Nicod da una memoria dell'abate JEAN JAQUES ALEXANDRE GERMIER BOURRELL, in *Droits et faits, preuves à l'appui pour madame Nicod, née F. Janin de Combe -Blanche, contre Louis Joseph Nicod, docteur-médecin; les mariés Auticer, rentiers à Lavelanet (Ariège); et le fils Felix Nicod, officier démissionnaire à Castelnaudary (Aude), en réponse à un libelle diffamatoire à elle adressé par des enfants*, Lyon 1854.
- 27 M. ASSON, *Delle malattie trattate l'anno 1839 nella divisione chirurgica femminile, e l'anno 1842 nella divisione maschile*, in A. BENVENUTI - L. P. FARIO, *Memoriale della medicina contemporanea. Opera periodica mensile*, Venezia 1843, vol. X, pp. 50-52; M. ASSON, *Annotazioni anatomico-patologiche e pratiche intorno le chirurgiche malattie*, vol. 3, Venezia 1843, pp. 251-426.
- 28 Giuseppe Vallenzasca, medico provinciale di Venezia, già medico chirurgo del regio ospedale di Noach (fraz. di Agordo), membro corrispondente della Società di Medicina di Vienna, onorario dell'Accademia scientifico letteraria dei Concordi di Rovigo, membro corrispondente della società medico-fisica fiorentina, membro ordinario dell'ateneo veneziano e corrispondente di quello di Treviso, decorato della Gran Medaglia d'oro del merito civile con collana, ecc. (in *Bibliografia italiana: ossia, elenco generale delle opere d'ogni lingua stampati in Italia e degli italiani pubblicati all'estero*, vol. 10, Milano 1844).
- 29 Bartolomeo Panizza (Vicenza 1785 - Pavia 1867), anatomista, medico, biologo e accademico. Laureato in chirurgia presso l'Università degli Studi di Padova nel 1806 dove fu allievo di Leopoldo Caldani e Vincenzo Malacarne. Nel 1807 si perfezionò a Bologna e nel 1809 si iscrisse all'Università degli Studi di Pavia per conseguire la laurea in medicina. Qui fu allievo di Antonio Scarpa, docente di Anatomia, che aveva istituito il primo corso in Italia di anatomia microscopica. Nel 1814, al seguito delle truppe napoleoniche, fu fatto prigioniero durante la campagna di Russia.
- Importanti furono i suoi studi sul sistema linfatico dei rettili, sui nervi cranici e sulla visione umana, stabilendo il posizionamento della zona corticale adibita al processo visivo nel lobo occipitale. Dal 1835 divenne Socio dell'Accademia nazionale delle scienze (da Wikipedia).
- 30 *Lettera al cav. prof. B. Panizza intorno ad alcune operazioni di chirurgia oculare eseguite da stranieri girovaghi*, in "Gazzetta Medica", redatta dal dott. A. Bertani sotto la direzione del prof. cav. Panizza", Milano 1842, vol. I, pp. 197-201.
- 31 Il barone Germier era originario di Vezè, un comune del dipartimento del Cantal nella regione dell'Alvernia-Rodano-Alpi. Cavaliere dell'Ordine di Cristo e di quello della SS. Concezione, professore oculista dell'Università di Montpellier, già chirurgo degli Spedali militari francesi, conservatore del vaccino del Dipartimento degli Alti Pirenei, professore oculista degli ospedali del Regno delle Due Sicilie, ecc., soggiornò e operò a Firenze, Venezia, Udine, Trieste, in Basilicata e in altre località italiane. Il 22 agosto 1843 tentò di ridare la vista a Gino Capponi, senza ottenere alcun risultato (P. TREVES - *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 19 [1976]). Su Germer si veda anche: *Lettera critica del dottor Antonio Bochicchio da Forenza al professor oculista D. Giuseppe Germier sopra le tre operazioni di cataratta da costui eseguite nella provincia di Basilicata*, Potenza 1849.
- 32 G.D. GERMIER, *Oftalmologia, osservazioni pratiche sopra le macchie bianche della cornea, sopra la cheratite cronica, sull'operazione della cataratta e i suoi simpatici effetti e, finalmente sull'amaurosi o gotta serena*, Firenze 1843, II ediz., p. 31.
- 33 G. B. CAPPELLETTI, *Le malattie dell'occhio e delle sue dipendenze*, Trieste 1845, vol. I, p. 355. Cappelletti, medico fisico -chirurgico, fu socio di più Accademie nazionali ed estere.
- 34 G. MARINETTI, *Ingiusto oblio del metodo di estrazione nell'operare la cataratta*, estratto dalla "Gazzetta Medica Italiana, Lombardia", Milano 1851, terza serie, tomo secondo, p. 190. L'oculista Marinetti, nativo di Pontecurone (AL), ebbe numerosi incarichi d'insegnamento presso le università di Genova e Pavia e fu autore di varie memorie scientifiche (cfr. Archivio Storico Università di Torino).
- 35 L'Albergo della Torre di Londra era situato sull'attuale Corso Santa Anastasia (ora civico 12) e fino al 1922 era considerato l'albergo più lussuoso della città.
- 36 Si tratta di Georg Joseph Beer (Vienna 1763 - 1821). Libero docente nel 1803, tenne la prima cattedra di oftalmologia della storia all'università di Vienna dal 1818. Elaborò un metodo per l'operazione della cataratta, detto appunto "metodo Beer". Fu il primo a descrivere esattamente il processo operativo della cornea stafilomatosa (per mezzo del coltello di Beer) e fece conoscere tutti i vantaggi che la totale recisione della cornea offre sulla parziale. Scrisse varie opere, tra cui la *Bibliotheca Ophtalmica* (1799).
- 37 La relazione firmata dal dottor Nonis è stata scritta da altra persona poiché egli aveva una pessima scrittura. Il fascicolo che riguarda Nicod comprende: la sua richiesta autografa scritta in francese, la risposta del medico provinciale, una breve relazione scritta da altro funzionario e una decina di fogli pubblicitari stampati dalla tipografia Tremeschin di Vicenza (Archivio di Stato Verona, *Delegazione Provinciale*, b. 497, prot. 279).

# Ucraina, Ordini dei medici italiani con i colleghi russi per dire basta alla guerra

Ucraina, Ordini dei medici italiani con i colleghi russi per dire basta alla guerra Anelli: "Senza discriminazione alcuna: è questo l'impegno a curare di tutti i medici del mondo".

La notizia è rimbalzata in rete, sino a guadagnarsi l'home page del **British Medical Journal**, per essere poi ripresa dai media internazionali: 15 mila tra medici, infermieri e altri professionisti sanitari russi hanno scritto una lettera aperta a Vladimir Putin, sollecitandolo a cessare le ostilità nei confronti dell'Ucraina. In Italia, la riportano **Repubblica Salute e Vita**.

Ora l'appello, lanciato in nome dei principi deontologici e del Giuramento, viene raccolto e condiviso dalla Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, la Fnomceo, per voce del suo Presidente, Filippo **Anelli**.

*"Il coraggioso monito dei colleghi russi non può lasciarci indifferenti - afferma -. Non può non toccarci profondamente in quanto medici: perchè fa leva su quei principi di tutela della vita, della salute psico-fisica, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, che sono il fondamento anche del nostro Codice, del nostro Giuramento. Principi universali, che riecheggiano quasi con le stesse parole nei diversi Codici di Deontologia medica".*

*"Il grido di dolore dei sanitari non può trovarci sordi come Ordini, chiamati dalla legge a garantire quei diritti umani che oggi sono violati - continua -. Non può non scuoterci come cittadini, perchè la tutela di quegli stessi diritti, che ci spettano in quanto persone, è riconosciuta dalla nostra.*

*Costituzione. Non può non risuonare nei nostri animi in quanto esseri umani, che parlano lingue diverse, ma urlano e piangono con l'unico e uguale linguaggio del dolore e della sofferenza".*

*"Noi medici, dicono i colleghi russi, abbiamo giurato di aiutare ogni persona umana, non importa la nazionalità, la religione, il credo politico - aggiunge ancora -. Senza discriminazione alcuna: è questo l'impegno a curare di tutti i medici del mondo, che ci unisce nella tutela della pace e dei diritti. Un dovere che non conosce deroghe, che il medico è chiamato a rispettare quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. Anche quando la pace e i diritti sono messi in discussione, e con più forza se ad essere a rischio è la stessa possibilità di tutelarli facendo sentire liberamente e chiaramente la propria voce".*

*"Raccogliamo dunque l'appello, e chiediamo anche noi il cessate il fuoco - conclude Anelli -.*

*Esigiamo che, sino alla fine del conflitto, siano risparmiati gli ospedali, i luoghi e gli strumenti della cura; di quella cura che abbiamo il diritto e il dovere di portare in maniera uguale, senza distinguo.*

*Ci rattristano profondamente le notizie che arrivano dall'Ucraina, notizie di ospedali militari, ma anche civili, sotto attacco, colpiti dai bombardamenti e assediati dalle truppe. Tra gli ultimi, a quanto si apprende, un ospedale di maternità nei pressi di Kiev. Adoperiamoci perchè siano attivati e garantiti corridoi umanitari per la messa in salvo dei più fragili, dei malati, dei minori con le loro madri".*

*"Sosteniamo, infine, l'azione del nostro Governo, - conclude Anelli - e sollecitiamo i nostri rappresentanti perchè perseguano le sorti della pace, in applicazione dei principi che ispirano la nostra Costituzione. Confidiamo nella Presidente della Commissione Europea, Ursula von der Leyen, che è anche lei medico, per un forte ruolo diplomatico e geopolitico dell'Europa nella composizione del conflitto.*

*Nei nostri rappresentanti, nazionali ed europei, riponiamo dunque le nostre speranze per un futuro di pace, presupposto indispensabile per ogni diritto, in primis quello alla tutela della salute".*

## 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.*

# Un nuovo Codice per il Medico dell'oggi e del domani

*“Un nuovo Codice, che sia in grado di tutelare la persona assistita nel pieno rispetto dei diritti costituzionalmente garantiti e in aderenza ai fini più autentici della deontologia medica”.*

A tratteggiarlo, di fronte ai 106 Presidenti degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri riuniti oggi a Roma nel Consiglio Nazionale, il Presidente della Federazione, la Fnomceo, Filippo Anelli. Che ha così dato il via ufficialmente a quella fase di revisione preannunciata pochi giorni fa a Milano, di fronte alla platea dell'Assemblea nazionale dei presidenti delle Commissioni di Albo Odontoiatri.

A giugno, un grande incontro segnerà il passaggio di testimone tra i lavori degli Stati Generali e quelli per la stesura del testo aggiornato.

*“Già in una fase pre-pandemica – ha ricordato -, nel corso degli Stati generali, era emersa la necessità di ridefinire la deontologia medica alla luce dei profondi mutamenti della nostra società. E di cambiare il nostro Codice Deontologico, che è sempre stato un punto di riferimento per tutti i medici e gli odontoiatri cui ispirare i comportamenti e gli atti professionali. Un codice che, nella sua forma attuale, risente ancora dell'impostazione che ha caratterizzato le prime stesure di circa cento anni orsono e quella del 1958 - il cosiddetto “Codice Frugoni” - su cui sono intervenuti tutti i successivi aggiornamenti”.*

*“La pandemia ha accelerato il processo avviato per ridefinire il ruolo e le funzioni del medico – ha affermato -. La professione medica si è manifestata quale indispensabile presidio per la tutela della salute della persona e della comunità, ma ha anche evidenziato la sua fragilità a fronte di un'emergenza che ha imposto cambiamenti epocali nel giro di qualche*

*settimana, come l'utilizzo di nuove e più complesse procedure telematiche nell'esercizio professionale e l'affidamento di compiti che sino a ieri erano riservati esclusivamente alla professione medica oggi attribuiti anche ad altre figure professionali, quali la vaccinazione o l'intercettazione dei bisogni di salute nelle case di comunità”.*

*“Quella visione romantica del medico che giura di curare tutti e di non far distinzione alcuna ha fatto sviluppare l'idea che i medici fossero eroi, marginalizzando invece il ruolo professionale svolto anche in mancanza di protocolli di sicurezza efficaci – ha sottolineato -. Proprio quella visione, quel modello di professione è stato poi distorto da certa stampa, al punto da essere strumentalmente utilizzato contro la nostra stessa professione, accusata, ad esempio, di tradire il giuramento per aver demandando alle USCA il monitoraggio clinico del malato covid a domicilio, a causa della mancanza dei dispositivi di protezione individuale da parte dei curanti. Anche negli ospedali il numero esorbitante dei malati Covid, la mancanza di dispositivi e la carenza dei medici e dei professionisti hanno creato dilemmi etici che hanno lacerato la coscienza di molti colleghi. Ad esempio, gli anestesisti hanno dovuto scegliere chi attaccare ai respiratori. Lo hanno fatto sulla base di criteri da medicina di guerra, su cui siamo intervenuti per renderli coerenti con il Codice”.*

*“Oggi abbiamo una grande ambizione: quella di coniugare la nostra storia, i nostri principi etico-deontologici con le nuove esigenze che un nuovo ruolo della professione, in una società completamente diversa da quella del passato, richiede- ha esplicitato -. Sono tante le sfide che ci attendono per ridare un nuovo ruolo alla professione medica”.*

Ed ecco, nella visione del Presidente Fnomceo, come dovrebbe essere quello che Anelli ha definito “il medico dell'oggi e del domani”. Non potrà, nella sua attività, fare a meno delle “macchine”: robot, calcolatori, frutto anche delle scoperte della fisica quantistica. Dovrà saper ben usare l'intelligenza artificiale per assicurare l'efficacia del suo esercizio professionale, condizionare la ricerca e lo sviluppo di una medicina orientata sempre più verso quella di precisione.

Dovrà diventare il “medico del cittadino”, e non già della malattia; utilizzerà sempre più la comunicazione e la relazione con la persona come strumenti caratterizzanti il suo ruolo professionale in tutti i processi di cura – ambito esclusivo del medico - qualificando le sue attività come garante dei diritti dei cittadini e rafforzando il suo ruolo sociale.

Svolgerà un ruolo fondamentale nella difesa del pianeta, in una visione ove la tutela della salute passa per un'adeguata salvaguardia del “creato”. Questo significa cooperare per ottenere minor inquinamento, difesa dell'ambiente, rispetto della flora e della fauna in un equilibrio ottimale per garantire la salute di tutti.

Sarà, infine, colui che, anche nell'approccio empirico, esperienziale e pragmatico, dovrà affrontare la complessità del malato e la sua singolarità avendo cura di utilizzare la scienza come riferimento della sua opera professionale.

Per questo, ha spiegato Anelli, “dovrà essere formato alla relazionalità, alla multidisciplinarietà e multi-professionalità, adeguando i programmi formativi ai cambiamenti sociali ed economici, ivi compresi gli aspetti legati all'uso delle “macchine” e al rispetto dell'ambiente”.

*“Il fine sarà essere la formazione di un medico capace di decidere in autonomia e responsabilità – ha concluso -. Un medico che, in “Scienza e Coscienza”, ispirerà la sua opera professionale nel rispetto della volontà e dei diritti della persona assistita”.*

Alcune questioni inedite, a parere del Presidente Fnomceo, devono essere inoltre affrontate nel processo di revisione del Codice di Deontologia Medica:

- il rapporto tra deontologia e diritto
- la disciplina del biodiritto

- la deontologia nel contesto europeo
- il codice quale fondamentale intermediario tra diritto, professione e società
- la revisione del codice come momento di partecipazione democratica e civile.

## *La laurea in Odontoiatria integra una specializzazione: ordinanza pilota del Tribunale di Sassari*

**landolo (Cao nazionale): “Massima soddisfazione, recepita appieno la nostra posizione. Ora intervenga il Legislatore”.**

Un laureato in Odontoiatria ha il diritto di accedere, senza ulteriori specializzazioni, alle graduatorie degli specialisti territoriali. A stabilirlo, con un’ordinanza “pilota” (la 1491/2021), il Tribunale di Sassari, che ha accolto il ricorso d’urgenza presentato da un odontoiatra e volto a sospendere le graduatorie provvisorie pubblicate dalla Ats Sardegna, che l’avevano escluso perché privo del diploma di specializzazione.

“Massima soddisfazione” da parte del Presidente della Commissione Albo Odontoiatri nazionale Raffaele landolo, che sottolinea come la decisione recepisca appieno la posizione consolidata della stessa Cao nazionale, secondo la quale la Laurea in Odontoiatria ha, di per sé, valenza specialistica. Secondo i giudici, infatti, *“detta laurea deve ritenersi già integrare una specializzazione, appunto, in Odontoiatria”.*

*“Il titolo dei laureati in Odontoiatria e protesi dentaria – si legge nell’Ordinanza – assorbe quello di specializzazione in Odontoiatria richiesto ai laureati in Medicina e chirurgia.*

*Non si comprende, infatti, di quale specializzazione i laureati in Odontoiatria e protesi dentaria dovrebbero essere in possesso per rispettare il dettato normativo, dal momento che la specializzazione nella disciplina, per i predetti laureati è insita nel diploma di laurea. Questi ultimi possono conseguire bensì delle ulteriori specializzazioni, non però nella disciplina (Odontoiatria), quanto piuttosto nell’area dell’Odontoiatria”. “è ovvio, quindi – concludono i magistrati - che il possesso di una di queste specializzazioni non integra, e non può integrare, il requisito richiesto dalla determinazione impugnata, anche perché, nel voler seguire la tesi di quest’ultima, i laureati in Odontoiatria e protesi dentaria dovrebbero essere sempre e comunque esclusi da tali graduatorie, il che è palesemente insostenibile”.*

La richiesta di un’ulteriore specializzazione per l’accesso ai concorsi del Servizio sanitario nazionale è, secondo il Presidente landolo, *“un paradosso tutto italiano”* che rischia di affossare completamente l’Odontoiatria pubblica. *“Tre soltanto sono le materie di specializzazione oggi esistenti per l’Odontoiatria: Odontoiatria pediatrica, Ortognatodonzia, Chirurgia orale – spiega -. A ciò va aggiunto che le scuole di specialità in Odontoiatria, per lungo tempo, non*

*sono state neppure attivate nelle varie sedi universitarie. Il ristretto numero di Odontoiatri ulteriormente specializzati rischia perciò di bloccare l’accesso concorsuale agli organici dirigenziali pubblici, precludendo al 90% dei professionisti la possibilità di partecipare. E questo, in un contesto in cui la maggior parte degli Odontoiatri del Sistema sanitario nazionale sarà presto in età pensionabile. Rendendo, di fatto, impossibile il ricambio generazionale nei ruoli dirigenziali pubblici”.*

*“La laurea in Odontoiatria ha di per sé natura specializzante, come hanno ben esplicitato i magistrati del Tribunale di Sassari, e fornisce tutte le competenze necessarie per un’assistenza di qualità – continua il Presidente dell’Albo nazionale -.*

*Auspichiamo quindi, come necessario e urgente, un intervento del Legislatore che riconosca tale valenza anche per l’accesso ai ruoli dirigenziali del Servizio Sanitario Nazionale al fine di consentire il ricambio generazionale degli organici, mantenere in equilibrio il sistema e consentire almeno l’erogazione delle prestazioni minime previste dai Lea. Prestazioni che, oltretutto, andrebbero implementate, essendo oggi limitate per numero e destinate solo a particolari tipologie di pazienti”.*

# Violenza medici, Anelli (Fnomceo): “Bene Giornata del 12 marzo, ora riunire Osservatorio”

“Apprendiamo con soddisfazione che il Ministro della Salute Roberto Speranza, di concerto con il Ministro dell’Istruzione, Patrizio Bianchi, e il Ministro dell’Università e della Ricerca, Maria Cristina Messa, ha firmato il decreto che indice la Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari, il 12 marzo di ogni anno. Una data per noi significativa, perchè coincide con quella della Giornata europea promossa dal Ceom, il Consiglio degli Ordini dei Medici europei. Si aggiunge così un importante tassello alla piena applicazione della Legge 113 del 14 agosto 2020. Ora chiediamo che sia convocato l’Osservatorio previsto dalla stessa Legge, che comprende, al suo interno, rappresentanti delle Professioni sanitarie”.

Così il Presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo Anelli, commenta la firma del Decreto che istituisce la Giornata, “volta a sensibilizzare la cittadinanza a una cultura che condanni ogni forma di violenza nei confronti dei lavoratori della sanità”. “Occorre un cambio di passo, contro ogni forma di violenza, vecchia e nuova” aveva auspicato ieri su Twitter Anelli.

E proprio nel fine settimana sono stati registrati due gravi episodi: al Pronto Soccorso dell’Ospedale Perrino di Brindisi, il figlio di una paziente deceduta ha colpito con calci e pugni un medico; a Lucca, un uomo positivo al Covid ha aggredito un infermiere che gli chiedeva di seguire le procedure di isolamento e di indossare la mascherina. Mentre

sui social continua l’ondata di insulti e minacce contro chi promuove la vaccinazione, e la polarizzazione anche estrema tra sì e no vax.

“Siamo vicini ai colleghi aggrediti, e raccogliamo l’accurato appello del Presidente dell’Ordine di Brindisi Arturo Oliva – continua Anelli -, che, pur comprendendo il dolore dei familiari di fronte al grave lutto, dice ‘basta’ alla violenza. Una violenza che non è mai giustificabile: i medici, gli operatori sanitari sono lì per aiutare, per curare e non devono diventare il bersaglio della rabbia dei cittadini”.

“Una rabbia che ora, con i social, trova anche nuove valvole di sfogo – commenta ancora -. Non c’è giorno che un collega, o un’istituzione, non sia bersaglio di insulti se non di minacce di stampo ideologico. E queste manifestazioni si trasferiscono dalle piazze virtuali a quelle reali, con sit in sotto gli Ordini, come è accaduto di recente a Terni, anche in concomitanza di procedimenti disciplinari”.

“Per questo, ora più che mai, è importante una rivoluzione culturale – afferma - volta a far comprendere ai cittadini che i medici, gli operatori sanitari sono dalla loro parte: che, come dicevano due nostre campagne, “il nemico è la malattia, non il medico”, e, se lo aggredisci, “poi la vita chi tela salva”?”.

Ma molte altre sono state le iniziative della Fnomceo per sensibilizzare la popolazione: oltre alle campagne, che si declinavano in manifesti affissi nelle principali città e in spot per i social, le Tv, le sale cinematografiche, anche un Docufilm, “Notturmo”,

andato in onda l’8 gennaio scorso su Raistoria. Prodotto da Draka production per la regia di Carolina Boco, con Maria Grazia Cucinotta, Isabella Ragno e la partecipazione di Massimo Giletti, presentato in anteprima nel 2020 alla Camera alla presenza del Ministro della Salute Roberto Speranza, il film raccoglie testimonianze reali inframezzate da parti di fiction e racconta il lavoro e le paure di una guardia medica durante il turno di notte. È dedicato alla memoria di Paola Labriola, la psichiatra barese uccisa nel settembre del 2013 da un suo paziente, così come i concerti offerti dall’Ordine di Bari ogni anno in occasione della ricorrenza.

“Da oggi alla Giornata nazionale del 13 settembre si affiancherà quella del 12 marzo, celebrata anche a livello europeo: una doppia occasione di sensibilizzazione, comunicazione, prevenzione – conclude Anelli -. Importante ora insediare l’Osservatorio, per monitorare e far tesoro delle esperienze acquisite e dire veramente, una volta per tutte, ‘basta’ alla violenza contro i medici e gli operatori sanitari, qualunque sia la sua genesi e la sua espressione”.



# *Distribuzione diretta dei farmaci*

## *La FNOMCeO in audizione alla camera*

*Audizione. Indagine conoscitiva in materia di «distribuzione diretta» dei farmaci per il tramite delle strutture sanitarie pubbliche e di «distribuzione per conto» per il tramite delle farmacie convenzionate con il servizio sanitario nazionale e attuazione dell'articolo 8 del decreto-legge n. 347 del 2001 (legge n. 405 del 2001). CAMERA DEI DEPUTATI-COMMISSIONE AFFARI SOCIALI*

1 MARZO 2022

*Illustre Presidente, Illustri Componenti della Commissione,*

questa Federazione, Ente pubblico esponenziale della professione medica e odontoiatrica, che agisce quale organo sussidiario dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale, rileva la delicatezza e l'importanza dell'ambito oggetto di disciplina dell'indagine conoscitiva in materia di "distribuzione diretta" dei farmaci per il tramite delle strutture sanitarie pubbliche e di "distribuzione per conto" per il tramite delle farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale e attuazione dell'articolo 8 del decreto-legge n. 347 del 2001 (legge n. 405 del 200).

In particolare, occorre in prima analisi precisare che il sistema della "distribuzione diretta" dei farmaci può essere organizzato: o mediante l'erogazione del medicinale all'assistito attraverso le strutture delle aziende sanitarie ("**distribuzione diretta**"), o sulla base di un accordo tra regione/azienda sanitaria locale e distributore (grossista e/o farmacia) per la distribuzione del medicinale all'assistito ("**distribuzione per conto**") in tal caso, i medicinali vengono generalmente acquistati dalle aziende sanitarie locali/regioni ma distribuiti all'assistito, per loro conto, dalle farmacie territoriali aperte al pubblico. Gli accordi prevedono, in genere, la remunerazione del servizio con un compenso calmierato per farmacie e distributori intermedi.

In altri termini, la "distribuzione diretta" consente alle aziende sanitarie di acquistare i medicinali del PHT (Prontuario Ospedale-Territorio) dalle aziende farmaceutiche a condizioni di favore rispetto a quelle praticate dalle farmacie private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, e di distribuirli tramite i presidi sanitari pubblici. Vengono quindi dispensati nelle farmacie territoriali gli altri farmaci, esclusi quelli ad uso solo ospedaliero. Il sistema della "distribuzione diretta" dei farmaci si è sviluppato in modo consistente a seguito di una importante evoluzione normativa, che qui riepiloghiamo brevemente.

**L'articolo 1 del decreto del Ministro della salute del 31 luglio 2007, recante "Istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto"** sancisce che: "1. Ai fini del presente decreto, si intende per distribuzione diretta la forma di erogazione dei farmaci al paziente, per il consumo al proprio domicilio, alternativa alla tradizionale acquisizione degli stessi presso le farmacie, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, della legge del 16 novembre 2001, n. 405. Sono pertanto ricomprese nella distribuzione diretta le erogazioni di farmaci ai pazienti, per il consumo al proprio domicilio, effettuate attraverso le strutture sanitarie. Sono altresì ricomprese nella distribuzione diretta le erogazioni di farmaci agli assistiti, per il consumo al proprio domicilio, effettuate attraverso le farmacie «per conto» delle Aziende sanitarie locali sulla base di specifici accordi con le farmacie convenzionate.

**Inoltre, l'articolo 8 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405 prevede che:** "1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolza-

no, anche con provvedimenti amministrativi, hanno facoltà di:

- a) *stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche presso le farmacie predette con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio sanitario nazionale, da definirsi in sede di convenzione regionale;*
- b) *assicurare l'erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;*
- c) *disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale".*

**L'articolo 27-bis del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 giugno 2020, n. 40,** ha altresì previsto la facoltà per le regioni e le province autonome di interrompere la cosiddetta "distribuzione diretta del farmaco" per il tramite delle strutture sanitarie pubbliche fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica determinato dal virus SARS-CoV-2 e di erogare i relativi medicinali agli assistiti tramite la rete delle farmacie private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale in regime di "distribuzione per conto", in modo da limitare il più possibile l'accesso dei pazienti nelle strutture pubbliche, evitando loro di esporsi alla possibilità di contagio da Covid-19, favorendo e facilitando al contempo l'accesso ai farmaci.

Successivamente, nel corso della conversione in legge del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 (convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77), è stato inserito, all'articolo 8 del predetto decreto, il comma 5-bis il quale prevede la facoltà per le regioni e le province autonome di distribuire - tramite le farmacie e con il meccanismo della "distribuzione per conto" - i farmaci che normalmente vengono distribuiti direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche ai pazienti in assistenza domiciliare e agli assistiti affetti da Covid-19 in trattamento domiciliare.

**Si rileva che la materia posta all'attenzione di codesta Commissione risulta essere di particolare interesse poiché riguardante in primis i pazienti.** Si opera al precipuo fine di ottimizzare sia l'aspetto clinico sia l'aspetto sociale del loro coinvolgimento anche in un'ottica di salvaguardia di quello che è l'aspetto economico-finanziario del Servizio sanitario nazionale che viene coinvolto dalla prescrizione e dall'erogazione dei farmaci. Infatti, l'istituzione del meccanismo della distribuzione diretta del farmaco per il tramite di ospedali e aziende sanitarie locali sembrerebbe legittimato dalle migliori condizioni di acquisto dei medicinali di cui godono, per legge, le strutture sanitarie pubbliche nei confronti delle aziende farmaceutiche. Le maggiori scontistiche previste per consentire alle strutture sanitarie pubbliche di rifornirsi dei medicinali necessari per i pazienti ricoverati a costi contenuti rappresentano un indubbio vantaggio nella gestione delle risorse economiche da parte delle aziende sanitarie, potendo queste ultime eliminare dai loro bilanci il costo della distribuzione dei farmaci tramite le farmacie. **Le norme attuali erano dunque nate con l'obiettivo di migliorare l'equità di accesso alle cure. Purtroppo, non tutte le Regioni hanno creduto sino in fondo in questo meccanismo, e la distribuzione diretta e/o per conto risulta applicata a macchia di leopardo e con modalità diverse sul territorio italiano.**

Si ritiene che, in generale, **il modello di erogazione dei farmaci del Pron-tuario Ospedale-Territorio debba**

**mirare a: 1) garantire la continuità assistenziale mediante la creazione di un'area terapeutica tra la terapia intensiva dell'ospedale, e la cronicità propria della medicina del territorio; 2) monitorare l'appropriatezza di uso e di utilizzo di determinati medicinali – il Sistema nazionale attraverso l'Agenzia ripartisce in classi di farmaci diversificate quelli che sono a disposizione per i pazienti –; 3) agevolare l'accesso ai medicinali da parte di specifiche categorie di pazienti; 4) salvaguardare la gestione finanziaria del Servizio sanitario nazionale mediante l'ottimizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica.** Attualmente il paziente in caso di patologia si rivolge allo specialista per avere una prescrizione di farmaci cosiddetti «a monitoraggio intensivo», e si rivolge alla farmacia ospedaliera per ritirare il relativo farmaco con delle tempistiche che variano a seconda del tipo di farmaco e del tipo di paziente. Peraltro, vi sono farmaci – ad esempio i farmaci oncologici – che pur non essendo a monitoraggio intensivo presentano il medesimo percorso di distribuzione diretta o per conto, che vede il paziente passare dallo specialista, dal medico di medicina generale e, infine, dalla farmacia ospedaliera, distrettuale o territoriale. **È evidente a nostro avviso che questo percorso debba essere ottimizzato al fine di garantire al contempo: il massimo della facilità d'accesso, della sorveglianza clinica al paziente e l'ottimizzazione economica, in primis per il cittadino e ove possibile per il Servizio sanitario nazionale, nell'ottica della sua sostenibilità.** Il punto non è tanto il risparmio, lo sconto, ma è dare un servizio al cittadino: in quest'ottica, l'intero sistema di distribuzione va rivisto. Dunque, le attività delle case di comunità, delle centrali operative territoriali che presentano quali elementi fondanti e alla base della loro organizzazione l'informatizzazione e la progettualità potrebbero essere considerate in funzione di ottimizzare i suddetti percorsi, al fine di consentire al paziente di ottenere il farmaco senza troppi spostamenti e in tempi più brevi, garantendo al tempo stesso

una più accurata sorveglianza clinica del paziente. Mentre, infatti, lo specialista visita il paziente con cadenze spesso più o meno lunghe, il medico di famiglia diventa più direttamente il «sorvegliante» dello stato clinico del paziente potendo di conseguenza gestire al meglio la promozione dell'aderenza terapeutica, dell'idoneità, dell'appropriatezza prescrittiva e della continuità terapeutica. Sarebbe questa una visione innovativa che andrebbe nel senso della "medicina di iniziativa" prevista per le "Case di comunità" e che si potrebbe pensare di estendere alla dispensazione del primo ciclo di terapia, come già oggi avviene in alcune Regioni all'atto della dimissione dagli ospedali. La distribuzione dei farmaci potrebbe quindi avvenire nell'ambito delle case di comunità – o, nelle more, nelle unità di cure primarie - con modalità "diretta", e attraverso le farmacie territoriali, con modalità "per conto". **Si potrebbe anche introdurre una terza modalità, che ottimizzerebbe ancor più questo percorso: la distribuzione del farmaco al domicilio del paziente, per il tramite delle farmacie territoriali o con meccanismi diversi, valorizzando in ogni caso il ruolo dei medici di medicina generale per la prescrizione e dei farmacisti per la dispensazione.** Ricevere il farmaco a casa sarebbe un servizio ai cittadini che faciliterebbe l'accesso alle cure in maniera più equa anche per i pazienti con difficoltà di movimento, migliorando l'aderenza terapeutica. In conclusione, in considerazione della delicatezza della materia posta all'attenzione di codesta Commissione, può ritenersi che il percorso concernente il sistema della "distribuzione diretta" dei farmaci potrebbe giovare di quell'automatismo dove più figure vengono messe in collegamento funzionale, al di là della presenza fisica, consentendo al paziente di ottenere i medicinali più rapidamente (anche attraverso l'invio degli stessi presso il domicilio del paziente) e avendo contemporaneamente una maggiore sorveglianza clinica e una promozione della sua aderenza terapeutica. Grazie per l'attenzione che avete inteso riservarci.

# Gli Ordini dei Medici italiani e spagnoli raccolgono l'appello per la pace dei colleghi russi

**Le due Federazioni hanno scritto una lettera condivisa alla DG Salute della Commissione europea: "Chiediamo la tutela e la salvaguardia del diritto di espressione dei colleghi russi che si sono esposti in prima persona".**

**Il testo pubblicato sul Bmj.**

Non è caduto nel vuoto l'appello lanciato da oltre 15 mila medici e operatori sanitari russi per un cessate il fuoco in Ucraina, pubblicato anche dal British Medical Journal: a raccoglierlo, insieme, il Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, **Filippo Anelli**, e il suo omologo spagnolo, il Presidente del CGCOM, il *Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos*, **Tomàs Cobo Castro**. Le due Federazioni, che hanno recentemente avviato un'interlocuzione per iniziative congiunte, hanno infatti inviato una lettera alla Direzione Generale della Commissione europea per la Salute e sicurezza alimentare, chiedendo protezione per i colleghi russi che si sono esposti in prima persona firmando l'appello e la salvaguardia del loro diritto d'espressione. Il testo, che riportiamo di seguito integralmente nella versione in italiano, stato pubblicato sul Bmj come **risposta** all'articolo.

"La FNOMCeO (Federazione nazionale dei Medici chirurghi e Odontoiatri) e la CGCOM (Consejo General de Colegios Oficiales de Medicos) sottoscrivono e sostengono la **lettera** aperta a Vladimir Putin dei 15 mila medici, infermieri e professionisti sanitari russi, sollecitandolo a cessare le ostilità nei confronti dell'Ucraina.

La tutela della vita e della salute psico-fisica, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, sono il fondamento della nostra professione, principi universali che riecheggiano quasi con le stesse parole nei diversi Codici di Deontologia medica nazionali. Il coraggioso monito dei colleghi russi non può non toccarci profondamente in quanto medici, non pu trovarci sordi come Ordini, chiamati dalla legge a garantire quei diritti umani che oggi sono violati.

Noi medici, come affermato dai colleghi russi, abbiamo giurato di aiutare ogni persona, non importa la nazionalità, la religione, il credo politico, senza discriminazione alcuna. È questo l'impegno assunto da tutti i medici del mondo, che ci unisce nella tutela della pace e dei diritti. Un dovere che non conosce deroghe, che il medico

chiamato a rispettare quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. Anche quando la pace e i diritti sono messi in discussione, e con più forza se ad essere a rischio la stessa possibilità di tutelarli facendo sentire liberamente e chiaramente la propria voce.

Unendoci all'appello per un'immediata cessazione dell'ostilità, chiediamo al contempo la tutela e la salvaguardia del diritto di espressione dei colleghi russi che si sono esposti in prima persona sottoscrivendo la lettera, affermando e difendendo con forza i principi su cui si basa la nostra professione. Chiediamo che, sino alla fine del conflitto, siano risparmiati gli ospedali, i luoghi e gli strumenti della cura. Ci rattristano profondamente le notizie che arrivano dall'Ucraina, notizie di ospedali militari, ma anche civili, sotto attacco, colpiti dai bombardamenti e assediati dalle truppe.

Sollecitiamo i nostri rappresentanti nazionali ed europei perchè perseguano la pace, chiedendo al contempo l'immediata attivazione di corridoi umanitari garantiti per la messa in salvo delle popolazioni colpite, dei più fragili, dei malati, dei minori con le loro madri".

## CERTIFICAZIONI TELEMATICHE DI MALATTIA

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

## Contagi: 600 euro ai medici e dentisti positivi

La nuova impennata della curva dei contagi, spinta all'insù dalla variante Omicron, sta costringendo molti professionisti a restare a casa in malattia. Le conseguenze sono note: tampone positivo e una buona quantità di giorni da scontare lontano dal lavoro.

In questo contesto, il sussidio Enpam per i contagiati Covid continua a essere un aiuto concreto per medici e dentisti, che possono avere da 600 a 5mila euro.

Il sussidio è esentasse e viene accordato a prescindere dal reddito. Ma il suo importo definitivo è proporzionale all'aliquota contributiva scelta e alla gravità della malattia.

Anche i pensionati che continuano a lavorare e versare la Quota B possono accedere alla misura di sostegno, ma per ottenerla dovranno rispettare un requisito di reddito.

### FINO A 5MILA EURO

Per un libero professionista (non pensionato) che versa la Quota B intera, gli importi vanno dai 600 euro per l'isolamento obbligatorio dopo il tampone positivo, ai 3mila euro se le conseguenze del Covid richiedono il ricovero ospedaliero – inclusa la terapia subintensiva – e fino ai 5mila euro per il ricovero in terapia intensiva. Se nel corso della malattia la condizione si

aggrava è possibile accendere al grado successivo del sussidio. Ad esempio, chi fa domanda per i 600 euro e in un secondo momento viene ricoverato a causa del Covid, potrà presentare una nuova domanda per ottenerne altri 2.400 euro. Nel caso la malattia dovesse protrarsi oltre i trenta giorni, dal trentunesimo giorno scatta la copertura **dell'inabilità temporanea**.

### FARE DOMANDA

Il sussidio può essere richiesto tramite **l'area riservata** del sito Enpam, cliccando su 'Sussidio per contagiati Covid-19' dalla sezione 'Domande e dichiarazioni online'.

## Dal web la pensione arriva prima

L'introduzione del servizio per presentare domanda di pensione attraverso la propria area riservata ha portato a un taglio drastico dei tempi di attesa per le categorie coinvolte.

A due mesi e mezzo dal lancio del nuovo servizio online che consente di fare domanda di pensione di Quota A e per la Medicina generale, il bilancio è più che positivo.

Delle circa 1.700 domande giunte, quasi il 90 per cento è stato gestito e liquidato dalla procedura informatica automatizzata che in pochi secondi ha consentito di liquidare la pratica pensionistica portandola a buon fine.

Grazie al nuovo servizio si è quindi raggiunto l'obiettivo di abbattere i tempi di gestione delle pratiche,

risparmiando in special modo sui tempi di postalizzazione della documentazione e su quelli legati all'inserimento e alla verifica dei dati. Un traguardo raggiunto, mentre la gobba previdenziale manifesta i suoi effetti sul numero di pensionamenti richiesti, che consente di liberare risorse, in attesa che il servizio sia reso disponibile anche alle altre gestioni.

### VELOCITÀ RECORD SE LA DOMANDA ARRIVA PRIMA DI METÀ MESE

Se prima potevano passare circa 90 giorni tra l'invio del modulo cartaceo e il primo bonifico sul conto del pensionato, adesso – per chi è in regola con i contributi – l'attesa si è abbassata a una media di 30 giorni per ricevere l'assegno di Quota A o quello della gestione della medicina genera-

le (medici di famiglia, pediatri di libera scelta, continuità assistenziale, ecc). Come per il pollo di Trilussa, anche in questo caso c'è chi aspetta 45 giorni e chi solo 15; però qui c'è una spiegazione precisa. Per poter pagare le pensioni all'inizio mese, l'Enpam deve infatti elaborare i dati al massimo entro la metà del mese precedente.

Se per esempio un pensionando fa domanda un minuto prima che partano le elaborazioni, potrebbe ricevere il suo primo bonifico dopo circa due settimane; un collega arrivato subito dopo il momento spartiacque dovrà attendere il pagamento del mese ancora successivo (quindi circa 45 giorni dopo).

Questi tempi riguardano comunque i casi non problematici: quando per esempio l'iscritto non è in regola con i contributi, è necessaria una procedura di regolarizzazione che allunga l'attesa. In altri casi, comunque una minoranza, è il sistema informatico a segnalare la necessità di ulteriori approfondimenti sulla pratica.

Progressivamente anche le pensioni delle altre gestioni Enpam si chiederanno online.

## Bankitalia, Enpam sale al 4,93 % del capitale

L'Enpam annuncia di aver aumentato la propria partecipazione nella compagine azionaria di **Banca d'Italia**, passando dal precedente 3 per cento all'attuale 4,93 per cento. L'operazione è stata possibile in seguito all'approvazione di un emendamento dell'ultima Legge di bilancio, che ha consentito l'innalzamento del tetto massimo di partecipazione nell'Istituto di Palazzo Koch fino al 5 per cento. Un provvedimento che, tra l'altro, ha spinto altre Casse di previdenza private ad acquisire quote di Bankitalia.

“Come presidente di **Adepp**, l'Associazione che riunisce le Casse di previdenza private – ha dichiarato **Alberto Oliveti**, che guida anche l'Enpam – sono contento innanzitutto che si sia aperto il ventaglio della partecipazione delle Casse che, dalle iniziali tre sono ora 11 nel capitale sociale di Banca d'Italia. Inoltre, alcune di esse hanno anche utilizzato la possibilità, offerta dagli ultimi provvedimenti di legge, di salire nella percentuale di partecipazione nell'Istituto di Via Nazionale.

Si tratta di uno scenario che avevamo discusso già a suo tempo insieme al ministro dell'Economia **Daniele Franco**, quando era direttore generale a Palazzo Koch. Credo che la scelta convinta da parte delle Casse di previdenza private – ha aggiunto Oliveti – sia un segnale al mercato economico e finanziario nazionale, che va nel senso del sostegno al sistema bancario e del riconoscimento dell'autorità di vigilanza di Bankitalia”.

Sono 11 le Casse previdenziali private aderenti all'Adepp che detengono quote di Banca d'Italia per un totale del 25,33 per cento del capitale. Con questa percentuale le Casse previdenziali private rappresentano il secondo gruppo di investitori prima delle Fondazioni, che si fermano all'8,45 per cento, e dopo le Banche, che insieme possiedono il 47,72 per cento.

## Pensioni ENPAM: quando arrivano i soldi in più?

Le pensioni Enpam crescono ogni anno a partire da gennaio. Ma per vedere materialmente l'aumento accreditato sul conto, i pensionati devono aspettare i tempi tecnici.

È questa la risposta alle domande che alcuni pensionati si sono fatti controllando il proprio conto in banca ai primi dell'anno. Le aspettative saranno soddisfatte nei prossimi mesi, quando verranno accreditati – con tanto di arretrati – sia gli importi che adeguano il mensile al costo della vita, sia la pensione supplementare per quanto riguarda i pensionati che continuano a lavorare e versare la Quota B.

### OGNI ANNO LA PENSIONE SUPPLEMENTARE

Partiamo dai medici e odontoiatri pensionati che continuano a lavorare come liberi professionisti e quindi versano la Quota B. I contributi versati fruttano anno per anno una maggio-

razione, una pensione supplementare appunto, che scatta dal 1° gennaio successivo all'anno in cui si pagano i contributi. In termini reali, come accennato, è necessario qualche mese affinché l'aumento venga calcolato e accreditato, ma nel momento in cui accadrà l'Enpam verserà anche gli arretrati a partire da gennaio. Il supplemento viene pagato d'ufficio, senza dover fare alcuna domanda, e – se si continua a lavorare e a versare la Quota B – il meccanismo si ripete automaticamente ogni anno per valorizzare i nuovi contributi mano a mano che arrivano.

### ADEGUAMENTO AL COSTO DELLA VITA

Ogni anno le pensioni Enpam aumentano anche grazie all'adeguamento all'inflazione, sulla base dell'indice calcolato dall'Istat. Le pensioni erogate dalla Fondazione, infatti, vengono rivalutate ogni anno, a differenza di

quanto accade nel sistema pubblico, che – per effetto di leggi – si è distinto per blocchi, sospensioni e tagli. Per controllare quanto ciascuno prende di rivalutazione è possibile guardare nel proprio cedolino la voce “Integrazione Istat”. Per dare un'idea di come funziona l'adeguato annuale, l'Enpam **Antioco Fois** rivaluta le pensioni al 75 per cento dell'indice dell'inflazione fino al limite di 4 volte il trattamento minimo Inps e del 50 per cento dell'indice per l'eventuale parte del mensile che supera questo limite.

Anche in questo caso la rivalutazione decorre dal 1° gennaio di ogni anno e viene pagata in primavera con gli arretrati dei mesi precedenti. L'attesa dipende anche dal fatto che, pur essendo un calcolo automatico, da qualche anno i ministeri vigilanti subordinano il pagamento alla loro approvazione.

ANTIOCO FOIS

# Come batteremo il cancro

## La sfida dell'immunoterapia e delle Car T

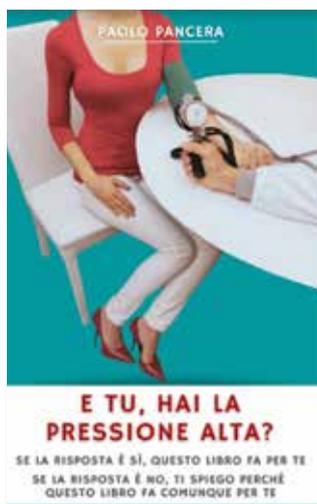
FABIO CICERI - PAOLA AROSIO

Riusciremo, prima o poi, a dare scacco matto al cancro? Quali sono le terapie più promettenti e avanzate contro questa malattia? Cosa si nasconde dietro l'acronimo Car T, di cui parlano anche TV e giornali? E ancora, cosa c'entra la cura dei tumori con il famigerato Covid-19? Lo spiega questo libro, un saggio divulgativo che accompagna il lettore in un affascinante viaggio alla scoperta degli ultimi traguardi della medicina, preludio della rivoluzione che caratterizzerà i prossimi anni. Ricco di dati aggiornati e di riferimenti agli studi scientifici più recenti e autorevoli, il testo racconta anche tante storie. Di medici, di ricercatori, di pazienti. Di fulminee intuizioni, di lunghi studi, di pionieristici esperimenti.

Di speranze, di sconfitte e di vittorie. Pagine che si leggono come un romanzo, con la consapevolezza che i confini della scienza possono sempre essere spostati un po' più in là.

**Fabio Ciceri** è il direttore scientifico dell'Ospedale San Raffaele di Milano e tra i maggiori esperti in campo ematologico. È presidente del Gruppo italiano di trapianto di midollo osseo (GITMO) e professore ordinario di Ematologia all'Università Vita Salute San Raffaele.

**Paola Arosio**, giornalista professionista, si occupa di sanità e salute. Come divulgatrice scientifica scrive per i principali editori italiani.



# E tu, hai la pressione alta?

PAOLO PANCERA

Il problema dell'ipertensione arteriosa è stato dimostrato essere uno dei fattori di rischio più importanti per lo sviluppo della malattia aterosclerotica e di conseguenza per i danni che da essa derivano. Danni al cuore, al cervello, ai

reni, al sistema arterioso nel suo complesso. Le numerose richieste di spiegazioni, le manifestazioni di ansia e timori, i dubbi che spesso insorgono nel paziente e che vengono espresse in occasione delle visite ambulatoriali hanno rappresentato lo stimolo che mi ha indotto a scrivere queste pagine nella speranza che possano essere di aiuto per rispondere a quesiti o sollevare l'animo da situazioni di angoscia che non di rado accompagnano il vissuto di molte persone con ipertensione arteriosa.

Ho cercato di affrontare gli aspetti più vari connessi al problema ipertensione sia sul versante del danno ai diversi distretti dell'organismo, sia in relazione all'importanza legata a certi atteggiamenti della vita di tutti i giorni parlando di dieta, fumo, attività fisica, e in particolare dello stress.

Ho voluto parlare dell'importanza della familiarità e presentare una analisi degli aspetti epidemiologici, esporre i caratteri del panorama dei sintomi ad essa connessi e come poter affrontare il suo trattamento. Mi è stato inoltre a cuore parlare di condizioni particolari come l'ipertensione nella donna gravida oppure i casi nei quali sembra che non vi sia verso di riuscire a ridurre efficacemente i valori pressori, la cosiddetta ipertensione resistente. Ho pensato fosse importante usare un linguaggio semplice, quello della vita di tutti i giorni e per questo motivo ho impostato il lavoro come una chiacchierata fra due amici che si incontrano durante una camminata: uno medico ed uno al quale da poco è stata posta la diagnosi di ipertensione arteriosa.

# Rinnovo Direttivo Provinciale FIMMG Verona

In data 3 e 4 dicembre l'Assemblea Congiunta degli iscritti Fimmg di Verona, riunitasi in unica convocazione tramite zoom e presso la sede Fimmg Verona ha eletto:

## IL PRESIDENTE PROVINCIALE

Dott. Alessio Micchi

## IL CONSIGLIO DIRETTIVO

Dott. Bellamoli Sandro  
Dott. Cattano Rosario  
Dott. Cazzola Gabriele  
Dott. Colletta Franco  
Dott.ssa Dalla Benetta Elisa  
Dott. Di Iorio Roberto  
Dott.ssa Donatoni Maria Sofia  
Dott. Giroto Sandro  
Dott. Magri Roberto  
Dott. Mantovani Silvio  
Dott. Marini Giuliano  
Dott. Rigon Giulio  
Dott. Salvatore Claudio  
Dott. Sovran Claudio Sergio  
Dott.ssa Zenari Sonia

## IL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Dott.ssa Formenti Serena  
Dott.ssa Formentini Letizia  
Dott. Frapporti Guglielmo

## IL COLLEGIO DEI PROBIVIRI

Dott.ssa Montresor Mariella  
Dott. Mora Roberto  
Dott.ssa Pastori Caterina

Il Consiglio Direttivo, riunitosi il 16 dicembre u.s., ha eletto il nuovo Esecutivo Provinciale per il quadriennio 2021 – 2025 così composto:

Dott. Rigon Giulio  
Segretario Provinciale Generale  
Dott. Sovran Claudio Sergio Vice  
Segretario Vicario  
Dott.ssa Zenari Sonia Vice  
Segretario  
Dott. Salvatore Claudio Vice  
Segretario  
Dott. Cattano Rosario  
Segretario Amministrativo

L'Assemblea Distretto 1 riunitasi il 25 novembre 2021 tramite zoom e votando sulla piattaforma Eligo ha eletto **Fiduciario di Distretto 1** il Dott. Paolo Brugnoli.

L'Assemblea Distretto 2 riunitasi il 25 novembre 2021 tramite zoom e votando sulla piattaforma Eligo ha eletto **Fiduciario di Distretto 2** il Dott. Cesarino Dal Cero.

L'Assemblea Distretto 3 riunitasi il 25 novembre 2021 tramite zoom e votando sulla piattaforma Eligo ha eletto **Fiduciario di Distretto 3** il Dott. Ferro Efrem.

L'Assemblea Distretto 4 riunitasi il 25 novembre 2021 tramite zoom e votando sulla piattaforma Eligo ha eletto **Fiduciario di Distretto 4** la Dott.ssa Mara Gabriolu.

A tutti gli eletti,  
i complimenti del comitato  
di redazione di Verona Medica.

## RICORDATE...!

È fatto obbligo a tutti gli Iscritti:

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

Prestanomismo

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

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

# LA RADIOLOGIA DOMICILIARE È ARRIVATA ANCHE A CASA TUA.



**348 4736118**

A CASA TUA IN **24/48 ORE**  
REFERTO IMMEDIATO

**Home Ray, il servizio di radiologia professionale domiciliare, veloce e sicuro, da oggi è anche a Verona e provincia.**

- In tutti i casi in cui hai difficoltà a muoverti
- Un'equipe specialistica che si prende cura di te
- Pieno rispetto delle tue esigenze e della tua privacy
- Referti dei nostri specialisti in Radiologia Diagnostica



PRENOTAZIONE RAPIDA



ESAME AL TUO DOMICILIO



REFERTO MEDICO IMMEDIATO

**HR**  
**HOME RAY**

[www.homeray.it](http://www.homeray.it)

