

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica

In questo numero:

Effetti del cambiamento climatico sulla salute: che cosa possono fare i medici? pag. 4

Lavori della Commissione Ospedale Territorio pag. 9

Il valore della ricerca clinica: cosa ci ha insegnato la pandemia? pag. 20

Raccomandazioni sull'uso di social media nella professione medica pag. 44

3

**SETTEMBRE
2023**

VERONA MEDICA

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

Anno LVIII n. 3 SETTEMBRE 2023

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

ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VERONA



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

Direttore Responsabile

Roberto Mora

Comitato di Redazione

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

Consiglio Direttivo

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

Consiglieri

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

Revisori dei Conti

Vania Teresa Braga, Pasquale Cirillo

Revisore dei Conti Supplente

Marco Barbeta

Commissione Odontoiatri

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

Fotocomposizione e Videoimpaginazione

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

Foto di Copertina

Lampedusa - Fichi d'India
Roberto Mora

INSERZIONI PUBBLICITARIE SU VERONA MEDICA

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

EDITORIALE

- 4** Effetti del cambiamento climatico sulla salute: che cosa possono fare i medici?
7 Quella del clima è una crisi sanitaria

NOTIZIE DALL'ORDINE

- 9** Lavori della Commissione Ospedale Territorio
16 Verbalì del Consiglio e delle Commissioni

ALBO ODONTOIATRI

- 19** Verbalì della Commissione Odontoiatri

AGGIORNAMENTO

- 20** Il valore della ricerca clinica: cosa ci ha insegnato la pandemia?
22 Prevalenza delle infezioni microbiche sessualmente trasmesse nelle diverse popolazioni
26 Criteri diagnostici del Diabete Mellito gestazionale e outcome
29 Alterazioni ormonali in pazienti pediatrici affetti da varicocele
31 Studio in vitro delle proprietà antiossidanti del PRP su cellule di pazienti pediatrici con patologia andrologica

PROFESSIONE E LEGGE

- 32** Danno erariale posto a carico di un sanitario per oltre 236.000,00 euro
32 Autonomia dell'accertamento dell'illecito di natura solo civile
33 La chirurgia generale è affine alla chirurgia vascolare

STORIA DELLA MEDICINA

- 34** I padri veronesi della medicina. Rassegna storico-etica
39 Qualche cenno su malattia ed assistenza in Verona al tempo di Valentino Alberti
42 Il 'Manicomio': un motivo ricorrente per dire della 'Grande Guerra'

FOMCeO

- 44** Raccomandazioni sull'uso di social media, di sistemi di posta elettronica ed instant messaging nella professione medica e nella comunicazione medico-paziente
51 Su salute Italia spaccata in due, dare ruolo forte a Ministero e investire risorse
52 Qualità dell'aria, gli Ordini dei Medici dicono sì alla nuova Direttiva europea

ENPAM

- 53** 300 borse di studio per i figli dei liberi professionisti
53 Sussidio di neo-natalità anche ai padri
54 Specialisti esterni +4% di contributi, ma sconto sulla Quota B
55 Come guadagnare con la previdenza complementare
56 Quando la previdenza costa solo il 2 per cento
57 Come stanno le giovani dottoresse
58 Centinaia di giovani si sono candidati per l'App

LIBRI RICEVUTI

- 59** ETICA MEDICA IN TEMPI DI CRISI di Horacio Riquelme U.
62 ASSURDITÀ ALIMENTARI di Marco Capocasa e Davide Venier

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

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

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

Effetti del cambiamento climatico sulla salute: che cosa possono fare i medici?

Le variazioni climatiche che si sono succedute, anche negli ultimi mesi, ci hanno ricordato che il cambiamento climatico è un processo reale, al di là di qualsiasi scetticismo.

Cambiamento climatico e riscaldamento terrestre sono termini spesso usati indistintamente, ma sono due fenomeni distinti, sia pure interconnessi. Rifacendoci alle definizioni della NASA, ricordiamo le seguenti definizioni:

Tempo: indica le manifestazioni atmosferiche che si verificano a livello locale e per un breve periodo (piogge, temporali, vento, inondazioni).

Clima: ci si riferisce alle precipitazioni, variazioni di umidità e temperatura a medio termine, da una stagione ad alcuni decenni, in una regione o sul pianeta.

Riscaldamento globale: è l'aumento a lungo termine del clima della Terra, causato dalle attività umane a partire dalla Rivoluzione Industriale.

L'ONU ha definito il cambiamento climatico come un cambiamento a lungo termine dei modelli meteorologici e delle temperature, un processo naturale, in atto da milioni di anni sul nostro pianeta, che negli ultimi due secoli è stato accelerato dalle attività dell'uomo. Quindi, il vero cambiamento climatico iniziò nel 1800, quando si incominciarono a produrre ingenti emissioni di gas serra nell'atmosfera, a seguito di un'industrializzazione basata sull'utilizzo di combustibili fossili. La combustione di questi composti, a base di carbone, petrolio e gas, genera una quantità elevata di gas climaticamente alteranti che vengono rilasciati nell'atmosfera. Da qui nasce l'effetto serra, dovuto a gas, quali vapore acqueo, protossido d'azoto, anidride carbo-

nica e metano, che permangono a lungo nell'atmosfera terrestre impedendo al calore di fuoriuscire. Questa situazione è rimasta "stabile" fino al 1950, quando ha iniziato a verificarsi un'impennata delle concentrazioni di diossido di carbonio. Concorrono al cambiamento climatico le attività di disboscamento (per attività agricole e zootecniche), la produzione di energia elettrica e termica, la produzione di beni attraverso utilizzo di fonti non rinnovabili, edifici residenziali e industriali, stili di vita orientati ad un consumismo che richiede ingenti risorse ed energia non sostenibile.

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità anche in Italia si è verificato un aumento dei fenomeni meteorologici violenti, con sempre più frequenti eventi catastrofici: precipitazioni estreme, alluvioni, inondazioni, uragani "tropicali" con trombe d'aria (105 registrate nel solo 2021), ondate di calore prolungate (estate 2023), allagamenti delle zone costiere e incremento del numero di frane. Soltanto il 2% degli incendi è connesso a una causa naturale (fulmini), mentre la restante parte non è strettamente legata al cambiamento climatico, bensì quasi sempre a colpa o dolo umano.

Secondo la NASA, i cambiamenti climatici stanno causando effetti irreversibili per le generazioni attuali con possibilità di danni ancora più gravi per i nostri discendenti.

Le previsioni dei cambiamenti climatici si basano su modelli matematici complessi, dai quali emergono significativi effetti a lungo termine, tra i quali:

- Temperature medie globali sempre più alte;
- Variazioni dei modelli regionali di precipitazioni;
- Ondate di calore più lunghe e maggiore siccità;
- Significativo aumento del livello

del mare (fino a 2.40 metri entro il 2100);

- Riduzione dei ghiacciai e rischio reale di perdita totale del ghiaccio nell'Artico.

L'ONU sottolinea come i cambiamenti climatici causino scarsità di cibo in alcuni Paesi: infatti, l'impoverimento della pesca a causa della acidificazione dell'acqua e dell'innalzamento della temperatura degli oceani, la povertà e la malnutrizione spingono ogni anno più di 20 milioni di migranti ("migranti climatici") ad abbandonare la propria regione anche a causa della siccità, delle ondate di calore e delle inondazioni continue, fenomeni che colpiscono, ancora una volta, le comunità fragili e vulnerabili. Ad oggi, i cambiamenti climatici sono tra le principali cause di migrazione al mondo, ed è una situazione destinata a peggiorare se non saranno messi in atto correttivi in grado di mitigare le cause che portano queste popolazioni a migrare.

Purtroppo, negli ultimi mesi sono nati veri e propri atteggiamenti di negazionismo del cambiamento climatico (*per il momento più diffuso negli USA*) ed è possibile che anche noi, in quanto medici, possiamo essere chiamati a dare risposte chiare ai nostri pazienti, su quesiti tipo: "Ma davvero le temperature stanno aumentando? Quali sono gli effetti delle ondate di calore sulla salute? Chi rischia maggiormente a causa del cambiamento climatico?". Ed infine la domanda più importante, per rispondere alla quale siamo tutti chiamati a dare un contributo modificando i nostri comportamenti, se necessario: "Siamo in tempo per contrastare l'emergenza climatica e invertire la rotta?"

Il sito della FNOMCeO - <https://dot-toremaeveroche.it/> rappresenta un

valido aiuto per noi, e un riferimento utile anche per i nostri pazienti, che possono trovarvi informazioni scientifiche, non allarmistiche, di facile lettura e comprensione.

Il "Global Report del Lancet Countdown 2022" ha evidenziato le principali conseguenze del caldo estremo:

- Impossibilità di praticare attività fisica all'aperto;
- Riduzione della capacità lavorativa (si pensi ai cantieri edili chiusi nelle scorse settimane per il caldo eccessivo) e della frequenza scolastica (campo nel quale già non brilliamo);
- Destabilizzazione della malattia mentale;
- Aumento di malattie infettive, a causa dell'aumento della temperatura di fiumi e laghi (aumento della malaria) e delle acque salmastre costiere (aumentato rischio di diffusione del vibrione del colera).

Il recente report del Ministero della Salute italiano ha fotografato gli effetti dell'ondata di calore del luglio scorso, evidenziando conseguenze molto più gravi (in termini di mortalità nelle fasce di età 65-84 e oltre gli 85 anni) nelle regioni del Sud e del Centro Italia rispetto alle regioni settentrionali. L'ondata di calore ha causato oltre 1.000 decessi in eccesso nella settimana 19-25 luglio, con un dato che supera i 1.500 se riferito a tutto il mese di luglio.

Il prof. Carlo La Vecchia, epidemiologo alla Statale di Milano, sottolinea incrementi di mortalità particolarmente importanti nelle grandi città del Sud: Reggio Calabria + 90%, Bari +50%, Taranto + 42%, Napoli + 10%, rispetto al Nord, dove si è osservata un'inversione di tendenza: -14%. Egli osserva che "evidentemente nelle regioni del Nord i sistemi di protezione hanno ridotto l'impatto dell'ondata record di caldo, e poi c'è stato anche l'effetto di "harvesting", ovvero, quell'eccesso di mortalità anticipata che aveva già colpito molti anziani per il Covid, soprattutto nelle regioni settentrionali". Possiamo ipotizzare quindi che le campagne di informazione, e i sistemi di assistenza domiciliare (molto più estesi e capillari al nord) abbiano avuto degli effetti positivi.

Non possiamo limitarci a dire che "è estate e fa sempre più caldo", perché si rischia di considerare il cambiamento climatico come qualcosa di ineluttabile: piuttosto, servono interventi della politica che, di concerto con il mondo scientifico, programmi azioni specifiche e approcci differenziati secondo le necessità, perché "secondo l'ONU il cambiamento climatico rappresenta la più grande minaccia per la salute che l'umanità deve affrontare" e dobbiamo evitare che essa si trasformi in una crisi sanitaria (vedi oltre: *"Quella del clima è una crisi sanitaria"* di Luca Fraioli).

È lapalissiano che il cambiamento climatico si combatte limitando l'uso di combustibili fossili e promuovendo le fonti rinnovabili, come ricorda la prof.ssa Carla Ancona, epidemiologa della regione Lazio, la quale afferma che "la convergenza fra politiche di mitigazione del cambiamento climatico e di prevenzione delle malattie può portare ad una riduzione dell'incidenza di patologie croniche (cardiovascolari, respiratorie, neurologiche, diabete, tumori), con ovvi vantaggi sulla salute dei cittadini, soprattutto dei "fragili", mitigando le disuguaglianze sociali, ed, in ultima analisi, portando a sensibili risparmi della spesa sanitaria.

La FNOMCeO ha approvato il 14 luglio scorso una mozione che sostiene la applicazione della nuova direttiva europea sulla qualità dell'aria, che introduce soglie più restrittive per gli inquinanti.

Sempre la FNOMCeO ritiene imprescindibili gli interventi atti a ridurre l'utilizzo di combustibili fossili (sia negli impianti industriali che per riscaldamento civile), il trasporto su strada, l'agricoltura e gli allevamenti intensivi, tutte misure in grado di ridurre l'inquinamento da polveri sottili nella pianura Padana.

Il Consiglio nazionale sottolinea anche come "la professione medica non può esimersi dall'intervenire... nella tutela della salute globale", e questo anche in ragione dell'articolo 5 del Codice di deontologia medica che "richiama i professionisti alla promozione delle politiche ambientali, quali ele-



Il Presidente OMCeO Carlo Rugiu

menti che sostanziano la tutela della salute individuale e collettiva, senza la quale non sono realizzabili obiettivi di benessere ed equità sociale". Il ruolo dei medici è fondamentale per l'individuazione dei soggetti suscettibili di patologie legate all'inquinamento e, in generale, per l'individuazione di soggetti a rischio per il concorrere di fattori medico-ambientali-sociali. Essi, inoltre, potranno stimolare le istituzioni ad attuare politiche di prevenzione primaria, atte a contenere i fattori di rischio ambientali da loro individuati come maggiormente pericolosi.

Come possiamo passare dalle parole ai fatti?

Si potrebbero aprire nuovi orizzonti per la medicina del territorio: i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta dovranno essere formati su questi temi per poter svolgere la loro importante funzione educativa nei confronti della popolazione attraverso l'interazione col singolo (Roberto Romizi, presidente ISDE Italia 2022). Ma per poter svolgere questo fondamentale compito all'interno del nostro SSN, è indispensabile che essi vengano "sollevati" da incombenze burocratiche che portano via loro tempo prezioso, che potrebbe essere molto meglio impiegato per l'educazione della cittadinanza.

Sandra Venero, Antonio Bonaldi e Roberto Romizi (QS, 26 ottobre 2022) hanno sottolineato il ruolo "inquinante" di alcune attività sanitarie. Infatti, se da un lato è noto l'importante ruolo dei professionisti sanitari nella gestione degli effetti dei cambiamenti climatici sulla salute, è meno noto, anche tra gli addetti ai lavori, è il fatto che le attività sanitarie

contribuiscono globalmente alla produzione del 5% di gas serra. Queste emissioni sono legate all'edilizia, ai trasporti, ma anche alle cure e agli esami effettuati.

Per esempio, una RMN produce l'equivalente di CO₂ di un'automobile che percorre 145 km, mentre una RMN utilizzata 12 mesi mediamente produce una quantità di CO₂ pari a quella di un'automobile che percorre 500.000 km. Anche alcuni gas anestetici e i puff per l'asma hanno una significativa impronta carbonica.

Un tema che dovrà essere affrontato quanto prima è quello di migliorare l'appropriatezza delle cure: questo termine, finora declinato dai nostri amministratori in chiave economica e di liste di attesa, ha una sua importanza anche in chiave ambientale. Infatti, le prestazioni inappropriate, inutili o addirittura dannose arrivano a consumare fino al 30% delle risorse destinate alla Sanità. Si tratta quindi di evitare quelle prestazioni non necessarie, già segnalate da Choosing Wisely negli Usa nel 2012 e riprese in Italia da Slow Medicine con la cam-

pagna "Fare di più non significa fare meglio" (Salute Internazionale 2013, Rivista SIMG 2016), come RMN o TAC per lombalgia senza segni neurologici, Rx torace ed esami preoperatori per la chirurgia minore, i check up, e così via.

Naturalmente questo non significa ridurre l'accuratezza dell'iter diagnostico-terapeutico, ma prendere coscienza che le nostre prescrizioni hanno anche un impatto sull'ambiente e di questo dovremmo tenere conto nella nostra pratica clinica, facendo particolare attenzione alle prestazioni che sono state riconosciute "inutili" oppure che rischiano di essere un inutile doppiopione.

Un altro punto da tenere presente è la possibilità di ridurre i convegni in presenza e sostituirli almeno in parte con eventi online (modalità già in atto per le attività di aggiornamento del nostro Ordine), con conseguente riduzione delle emissioni derivanti dagli spostamenti.

Purtroppo, nonostante la rilevanza del problema, e la fiducia di cui go-

dono presso la maggior parte della popolazione, che li considera fra i professionisti più affidabili, i medici finora non hanno preso una posizione definita, né si sono mobilitati in base alla loro identità professionale, a differenza di quanto hanno fatto gli insegnanti ("Teachers for Future") e gli avvocati (in Gran Bretagna).

I medici sono una categoria importante e potranno agire da opinion leader non solo nell'opera di sensibilizzazione dei pazienti, ma anche stimolando le amministrazioni pubbliche nella promozione di politiche di prevenzione e di salvaguardia ambientale, partendo dalla consapevolezza che lo stato di salute non è una entità a sé stante, ma è correlata all'ambiente (l'ecosistema) nel quale viviamo.

CARLO RUGIU
PRESIDENTE OMCEO VERONA

L'aumento dei decessi per il caldo

Quella del clima è una crisi sanitaria

DI LUCA FRAIOLI

Si muore di caldo. Ma non abbastanza, perché la politica prenda atto che «il cambiamento climatico rappresenta la più grande minaccia per la salute che l'umanità deve affrontare». La definizione non arriva da qualche attivista emulo di Greta Thunberg o da uno scienziato-Cassandra in cerca di visibilità: lo dicono le Nazioni Unite. E a questo punto anche i numeri. Non solo le previsioni (che potrebbero anche rivelarsi errate) per i decenni a venire, ma i ben più concreti bollettini realizzati a partire da dati reali. Che la mortalità nel Centro-Sud Italia sia stata il 7% più alta della media (con punte di +50% in città come Bari) nei giorni di luglio in cui si sono sfiorati (e superati) i 40 gradi è un fatto, non una previsione. E un altro fatto è che, a livello globale, gli ultimi due decenni hanno visto un aumento del 54% della mortalità correlata al caldo solo tra le persone di età pari o superiore a 65 anni. Anche nella ricca Europa, le ondate di caldo sono già responsabili del maggior numero di decessi associati a pericoli naturali. Se poi si guarda al futuro (alle previsioni, appunto) gli scenari sono tutt'altro che incoraggianti: in Europa si stima un aumento del 100% delle giornate con ondate di calore nel periodo 2030-2060. E, secondo l'Oms, nel mondo «tra il 2030 e il 2050 i cambiamenti climatici causeranno circa 250 mila morti in più all'anno, a causa di malnutrizione, malaria, diarrea e stress da calore». Eppure non basta. Tutto questo non è sufficiente a mettere l'emergenza climatica al primo posto nell'agenda dei governi. In passato non erano servite le immagini dei

ghiacciai che si sciolgono, degli orsi polari affamati, degli atolli del Pacifico sott'acqua. Né quelle, più recenti, del Pakistan messo in ginocchio dall'alluvione, del Corno d'Africa alla fame per la siccità, delle città nordamericane avvolte dal fumo degli incendi boschivi. Tutto troppo lontano nello spazio, così come le previsioni paiono lontane nel tempo (a una generazione di decisori il cui orizzonte non va oltre i 4-5 anni del proprio mandato). L'estate scorsa, calda ma non come quella attuale, chiedemmo a Peter Wadhams, eminente scienziato britannico che ha dedicato la vita a studiare il Polo Nord: cos'altro deve succedere perché la politica si scuota? «Temo che perché il clima venga considerato una vera crisi ci vorrà un gran numero di morti». Di fronte alla minaccia di molte vittime nella "propria" comunità, i governi sanno ancora mobilitarsi con successo. Come, tutto sommato, ha dimostrato la gestione della pandemia. Il paragone con il Covid-19, ora che il riscaldamento globale comincia a manifestarsi anche come un problema sanitario e non più solo ambientale, è sempre più frequente. A inizio luglio, tra gli ospiti di Re Carlo III alla London Climate Week, c'era anche l'amministratore delegato del colosso farmaceutico AstraZeneca, Pascal Soriot. «La crisi climatica e l'inquinamento ci costano dai 7 ai 9 milioni di vite ogni anno», ha detto Soriot, ricordando che la pandemia ha fatto complessivamente 7 milioni di vittime. «Il riscaldamento globale ci sta colpendo attraverso malattie respiratorie, tumori, malattie infettive. La crisi climatica è in realtà una crisi sanitaria». E però, a differenza del

Riproduzione autorizzata Licenza Promopress ad uso esclusivo del destinatario Vietato qualsiasi altro uso



Covid, non è risolvibile in pochi anni, anche mettendo in conto sforzi economici eccezionali e un alto prezzo da pagare in termini di vite umane. Intervenire troppo tardi, quando saranno stati superati i punti di non ritorno tanto temuti dai climatologi, potrà forse limitare i danni, ma non riavvolgere il nastro del riscaldamento globale. Se mai dovesse "spegnersi" la Corrente del Golfo, come ipotizzato in un recente studio

scientifico, non saranno certo le nostre contromisure a riattivarla. Occorre agire prima che sia troppo tardi, non solo puntando sull'adattamento (la riduzione del danno), ma anche sulla mitigazione (la rimozione delle cause): ora che la crisi climatica si sta palesando come una crisi di salute pubblica, vicina nel tempo e nello spazio, qui e ora, è venuto il tempo che la politica ne prenda atto. ©RIPRODUZIONE RISERVATA.

Riproduzione autorizzata Licenza Promopress ad uso esclusivo del destinatario Vietato qualsiasi altro uso



Un sentito ringraziamento a Luca Fraioli e alla direzione di Repubblica per avere concesso la ripubblicazione dell'articolo pubblicato l'8 agosto 2023.

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

Lavori della Commissione Ospedale Territorio

Pubblichiamo, di seguito, tre documenti elaborati dalla Commissione Ospedale-Territorio, sottoscritti dai rappresentanti dell'OMCeO, della AOUI Verona, della AULSS 9, dai Medici del territorio e della Dipendenza, e dai rappresentanti dell'Ospedale Pederzoli di Peschiera e dell'IRCCS Ospedale Sacro Cuore di e Negrar, e approvati dal Consiglio dell'Ordine il 7 c.m.

Essi sono il risultato di mesi di attività e di confronto fra i Colleghi che costituiscono la Commissione, che ringrazio per il proficuo lavoro svolto, e riguardano:

- **Le certificazioni INAIL.**
- **Le certificazioni telematiche di malattia.**
- **Proposte per il miglioramento dei rapporti fra Sanità territoriale, specialistica ambulatoriale e ospedaliera.**

I primi due documenti possono essere considerati una sorta di vademecum da rispettare sull'argomento, mentre il terzo deve essere inteso come una traccia da seguire e da migliorare in modo collaborativo nei vari aspetti critici indicati, contiene alcune proposte condivise da applicare che

possono contribuire a migliorare i rapporti fra i Colleghi e l'attività quotidiana.

Si tratta quindi di un documento "in progress" con l'auspicio di possibili miglioramenti futuri.

Ci auguriamo che questi documenti possano essere utili nella pratica clinica quotidiana e Vi invio un cordiale saluto,

CARLO RUGIU
PRESIDENTE OMCEO VERONA

Tema: certificazioni INAIL

- A) Primo certificato
- B) Certificato di continuazione
- C) Certificato di chiusura

Il **primo certificato** di infortunio sul lavoro o di malattia professionale (INAIL) deve essere rilasciato obbligatoriamente dal medico che presti la prima assistenza al fine di segnalare l'evento al Datore di lavoro e all'INAIL. Per norma di legge l'invio del certificato deve essere **solo telematico** attraverso il sito INAIL (D.Lgs 151 del 2015). Solo l'invio telematico prevede la retribuzione della certificazione.

Il medico certificatore deve compilare nel modo più esaustivo possibile il certificato, trasmetterlo informaticamente all'INAIL e consegnare copia al lavoratore infortunato; inoltre qualora la prognosi sia superiore ai 40 gg (per le lesioni colpose) o 20 gg (lesioni dolose) vige anche l'obbligo dell'inoltro del "referto" ex art 365 c.p. all'Autorità Giudiziaria (in genere allo SPISAL).

Il medico certificatore deve registrarsi sul sito www.inail.it e profilarsi come 'Medico esterno o 'Medico ospedaliero' per ottenere le credenziali per la trasmissione telematica.

Certificato di continuazione: Il legislatore non ha posto alcun limite numerico di certificazioni di continuazione come prevedeva la vecchia convenzione scaduta.

Se si intende inviare il paziente all'INAIL per i certificati di continuazione è sempre opportuno e consigliato, da parte del paziente, contattare preliminarmente la sede territoriale INAIL tramite telefono o preferibilmente per mail, per consentire all'Istituto di poter gestire in modo corretto l'utenza nei centri medico-legali INAIL.

Nel caso di una denuncia di Malattia Professionale il certificato prevede espressamente la firma del Lavoratore che dà il suo assenso alla trattazio-

ne della pratica. Nel caso di infortunio sul lavoro il Medico è obbligato a rilasciare il certificato. Durante il periodo di infortunio il lavoratore non è sottoposto a visite fiscali ma può essere convocato in sede INAIL per accertamenti. In caso di infortunio in itinere, l'orario da indicare deve essere quello riferito dal lavoratore, il dato viene poi confermato dal datore di lavoro nella denuncia di infortunio.

Commercianti e liberi professionisti titolari di partita IVA che non hanno alle dipendenze alcun lavoratore, collaboratore, stagista, **non hanno** l'obbligo di assicurarsi presso l'INAIL.

I Medici di base non sono assicurati INAIL. Sono assicurati i lavoratori per una o più attività considerate pericolose dall'art. 1 del T.U. 1124/65; rientrano quindi i lavoratori dipendenti, i parasubordinati ed alcune categorie di lavoratori autonomi quali ad es. gli artigiani ed i coltivatori diretti. Recentemente la tutela è stata allargata ai lavoratori autonomi dello spettacolo (attori, registi, cantanti, giornalisti e maestranze cinematografiche e teatrali).

Le forze armate devono fare riferimento alla Sanità militare. L'inabilità temporanea INAIL è assoluta (100%) per cui all'interno di tale periodo il lavoratore non può svolgere assolutamente alcun lavoro.

Certificato di chiusura: Se un lavoratore desidera tornare a lavorare prima della scadenza della prognosi, deve essere sottoposto a visita che ne valuti il quadro clinico e deve essere rilasciato il certificato di chiusura contestualmente alla visita e trasmesso all'INAIL. In tutti gli altri casi non è necessario emettere il certificato di chiusura, ma la scadenza della prognosi dell'ultimo certificato redatto è sufficiente per il rientro al lavoro.

Se un lavoratore muore sul posto di lavoro ma la causa di morte non è riconducibile ad un evento traumatico ad esempio un arresto cardiaco in un malore, il dato circostanziale, le eventuali testimonianze e la conoscenza delle condizioni cliniche pregresse indirizzano verso la possibile competenza del caso. L'erronea segnalazione all'INAIL non comporta alcuna sanzione/ conseguenza al medico refertante; pertanto in caso di dubbio (ben valutando che la sola occasione di lavoro non è sufficiente, ma è necessaria la causa lavorativa per contemplare la tutela) è preferibile la segnalazione all'INAIL ed alle Autorità competenti (SPISAL ed Autorità Giudiziaria).

Vista la complessità della compilazione telematica attraverso il sito INAIL è stata già avanzata la proposta ai referenti informatici della Direzione Generale INAIL di contattare le software house delle cartelle mediche per semplificare i passaggi.

La certificazione Inail ha valenza medico legale e pertanto è retribuita.

L'inail ha provveduto allo stanziamento del finanziamento alle regioni, con compito di ripartizione alle Ulss.

Nessun compenso può essere richiesto agli assistiti per il rilascio del certificato di infortunio o malattia professionale come indicato dal com. 530 Art. 1 della legge 145 del 30/12/2018.

Tema: Certificazione Telematica di malattia

La Commissione dell'Ordine Ospedale-Territorio propone al Consiglio le indicazioni di legge sulla modalità corretta di invio telematico dei certificati di malattia. Partendo dalla lettura della legge n 150 del 27/10/2009 e le Circolari conseguenti si rammentano alcuni punti importanti e significativi per l'adempimento di tali obblighi.

In particolare nella Circolare N2/2010/DFP/DDI paragrafo 2 punto 2 dal titolo **I medici obbligati all'utilizzo del sistema di trasmissione telematica** sta scritto:.... *si precisa poi che il nuovo regime di trasmissione telematica dei certificati riguarda i medici dipendenti del SSN, i medici convenzionati con il servizio (medici di medicina generale, specialisti e pediatri di libera scelta), nonché i medici liberi professionisti. Riprendendo quanto detto dalla circolare NI/2010/DFP/DDI, la violazione dell'obbligo di trasmissione in via telematica è sanzionata dalla legge e dagli accordi collettivi per i medici dipendenti del SSN e i medici che lavorano in convenzione.*

Il mancato utilizzo della modalità telematica non è specificatamente sanzionato per i medici liberi professionisti. Ai fini di economicità e di efficienza, è comunque auspicabile che l'intero sistema delle certificazioni funzioni in maniera uniforme.

Segnaliamo inoltre che il paragrafo 4 della detta circolare recita: **la responsabilità specifica per violazione della normativa in materia di trasmissione dei certificati**

..... infatti, l'art 55 septies, comma 4, del D.lgs n. 165 del 2001 stabilisce che "4. l'inosservanza degli obblighi di trasmissione per via telematica della certificazione medica concernente assenze di lavoratori per malattia di cui al comma 2 **costituisce illecito disciplinare** e, in caso di reiterazione, comporta l'applicazione della sanzione di licenziamento ovvero, per i medici in rapporto convenzionale con le aziende sanitarie locali, della decadenza della convenzione, in modo inderogabile dai contratti o accordi collettivi".

A suffragio di quanto sopra esposto l'articolo 2 punto 3 della circolare NI/2010/DFP/DDI, prevede che in caso di difficoltà di trasmissione telematica del certificato da parte del Pronto Soccorso (P.S.) o reparto Ospedaliero, lo possono emettere in forma cartacea. Va fatta una considerazione: tale modalità reca notevole disagio per l'utente lavoratore che dovrà recapitare a mano la documentazione cartacea alla struttura INPS e al datore di lavoro.

La soluzione ideale per il paziente risulta essere quella di ricevere il certificato **in forma telematica** al momento della dimissione in quanto viene formulata la diagnosi e la prognosi. Si ritiene quindi auspicabile e deontologico che il paziente non sia costretto ad inutili peregrinazioni per ottenere la certificazione di cui ha diritto e solo in caso di eccezionali imprevisti tecnici o di altri impedimenti documentabili e transitori, la certificazione potrà essere demandata ad altro professionista (MMG). Per la realizzazione di quanto previsto dalla normativa vigente, è indispensabile che le Aziende mettano a disposizione dei medici dipendenti l'apparecchiatura tecnologica e le credenziali necessarie alla produzione ed all'invio dei certificati.

Proposte per il miglioramento dei rapporti fra sanità territoriale, specialistica ambulatoriale e ospedaliera

Il miglioramento dei rapporti e della comunicazione fra gli operatori della sanità territoriale e i colleghi della specialistica ambulatoriale e ospedaliera si realizza attraverso il superamento di alcune criticità ancora presenti nel sistema sanitario locale che riguardano:

- ambiti di carattere organizzativo generale,
- il passaggio di informazioni fra i professionisti sanitari
- ambiti riguardanti l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa e l'adozione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (POTA)

La proposta di interventi migliorativi deve tener conto prioritariamente dei bisogni dei pazienti più fragili e meno autonomi e prendere in esame i setting assistenziali appropriati ad assicurare più efficacemente la gestione sul territorio della cronicità e della terminalità, al fine di evitare ospedalizzazioni incongrue o ripetute; deve inoltre suggerire le soluzioni organizzative più razionali tese a semplificare i percorsi di prenotazione e assegnazione degli appuntamenti.

La Commissione intende pertanto formulare linee di indirizzo di carattere generale che coinvolgano prima di tutto le Aziende Sanitarie, affinché siano accelerati i processi di miglioramento organizzativo di carattere generale (es. CUP, procedure/protocolli di accesso ai servizi sanitari, Refertazione di visite ed esami inviati nella cartella del MMG); può inoltre proporre, attraverso il coinvolgimento dei referenti dei MMG e degli specialisti, le azioni per uniformare le modalità di comunicazione fra i professionisti nonché le linee per condotte di appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

Appare infine necessario individuare i possibili interventi per lo sviluppo della telemedicina (monitoraggio, visite, consulenze e referti a distanza; si veda a questo proposito il documento approvato il 14 dicembre 2022 dal Consiglio dell'Ordine dei Medici) e per facilitare la **formazione congiunta fra medici del territorio, specialisti intra ed extra ospedalieri e medici che operano nei distretti socio sanitari nell'ambito delle Cure primarie e nell'organizzazione dei servizi specialistici, nonché i referenti dell'assistenza domiciliare.**

A - RICHIESTE DI VISITE ED ESAMI DI APPROFONDIMENTO E DI CONTROLLO

L'allungamento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche, che coinvolge tutte le aziende sanitarie, impegna il SSR ad un continuo **miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva**, rivolta anche alla corretta attribuzione delle classi di priorità di accesso sulla base del problema clinico presente. Ciò richiede il coinvolgimento di tutti i medici prescrittori ed erogatori di prestazioni, ma altresì è necessario individuare all'interno delle organizzazioni sanitarie i **percorsi più razionali e semplici** per facilitare l'accesso dei pazienti alle prestazioni specialistiche, anche attraverso l'adozione di PDTA concordati.

I sistemi di prenotazione centralizzata (CUP) hanno consentito di ampliare la possibilità di prenotazione su tutti i servizi presenti in un'azienda sanitaria, pur tuttavia l'aumentata richiesta di prestazioni specialistiche ha determinato un intasamento della domanda rispetto alla quale il servizio sanitario locale a volte non sa offrire risposte tempestive. La gestione da parte dei CUP di tutte le richieste (prime visite, primi accertamenti strumentali e le visite e gli accertamenti di controllo)

spesso non consente di dare risposte adeguate alle varie tipologie di richieste, generando disagi, in particolare per i pazienti con patologie croniche, costretti a ripetuti contatti con il CUP per trovare la disponibilità di accessi. Si rende indispensabile pertanto:

- introdurre elementi di innovazione nei sistemi di prenotazioni, nati più di 20 anni or sono,
- identificare con maggiore accuratezza il ruolo dei medici di medicina generale e degli specialisti nella prescrizione specialistica, allo scopo di accorciare i tempi della prescrizione (evitando al paziente accessi ripetuti per una semplice compilazione di impegnative),
- coinvolgere il presidio sanitario nella immediata prenotazione di esami e visite di controllo su canali e agende dedicati.

A tal proposito si rimanda a quanto stabilito dalla recente **DGR n. 1562 del 06 dicembre 2022 "Adozione del modello "Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)"** 111 in merito alla prescrizione di prime visite e primi accertamenti e di visite/accertamenti diagnostici di controllo, dove viene specificato che:

1. **"La prima visita specialistica/prestazione è quella che rappresenta il primo accesso dell'assistito al Sistema Sanitario Regionale relativamente ad un problema di salute che viene clinicamente affrontato per la prima volta.**
2. **La visita di controllo, o di follow up, è quella successiva ad un inquadramento diagnostico conclusivo, in cui un problema già noto viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione sanitaria esistente viene aggiornata.**

Ad integrazione di quanto previsto dalla citata Deliberazione regionale si precisa quanto segue:

A. VISITE ED ESAMI DI APPROFONDIMENTO necessari a formulare la risposta al quesito diagnostico:

- Lo specialista di qualsiasi branca specialistica che nel corso della visita o di un accertamento strumentale ritenga necessari ulteriori esami di approfondimento, per poter

rispondere al quesito diagnostico, è tenuto a prescrivere direttamente tali accertamenti. La struttura specialistica territoriale od ospedaliera deve inoltre offrire la possibilità all'utente di prenotare gli esami e/o le visite specialistiche richiesti nella stessa struttura o nei presidi pubblici o privati accreditati presenti nella Ulss 9.

B. VISITE ED ESAMI DI CONTROLLO:

Il criterio da assumere per individuare il medico che è tenuto alla prescrizione deve fare riferimento alla necessità o meno da parte dello **stesso** specialista o dello **stesso** ambulatorio di rivedere il paziente per

- valutare gli esiti delle indagini richieste,
- confermare il programma terapeutico instaurato,
- valutarne l'efficacia e gli eventuali effetti collaterali nel breve/medio termine,
- gestire il follow up quando è richiesta una specifica competenza specialistica.

Si possono schematicamente rappresentare le seguenti condizioni:

- **Visita di controllo A BREVE TERMINE: ENTRO 15 GG O UN MESE:** è lo specialista che prescrive la visita; la struttura specialistica territoriale od ospedaliera deve offrire la possibilità all'utente di prenotare gli esami e/o le visite specialistiche richiesti nella stessa struttura;
- **A MEDIO TERMINE** per la valutazione dell'evoluzione della patologia o dell'efficacia/tollerabilità della terapia: è lo specialista prescrive il controllo; la struttura specialistica territoriale od ospedaliera deve offrire la possibilità all'utente di prenotare gli esami e/o le visite specialistiche richiesti nella stessa struttura;
- **A LUNGO TERMINE:**
- **PAZIENTI NEOPLASTICI IN CARICO AI SERVIZI DI ONCOLOGIA: FOLLOW UP:** è lo specialista che prescrive; la struttura specialistica territoriale od ospedaliera deve offrire la possibilità all'utente di prenotare gli esami e/o le visite

specialistiche richiesti nella stessa struttura;

- **PAZIENTI CON PREGRESSA NEOPLASIA E IN FOLLOW UP (ES. CR Mammario, Colon, Prostata,...):** se la situazione è stabilizzata e non è richiesta una visita specialistica per individuare gli esami necessari, è il Medico di Medicina Generale che prescrive gli esami/visite di controllo, sulla base di protocolli e POTA concordati. In questo caso la struttura territoriale od ospedaliera deve farsi carico di prenotare gli accertamenti di controllo al di fuori del percorso previsto da CUP per le prime visite o i primi accertamenti. È opportuno che le strutture territoriali od ospedaliere forniscano ai pazienti i recapiti telefonici o gli indirizzi di posta elettronica per effettuare direttamente la prenotazione sul servizio che ha in carico il paziente.
- **PAZIENTI NON NEOPLASTICI CON PATOLOGIA STABILIZZATA:** è il MMG prescrive il controllo in quanto non è necessario uno specifico specialista ma il paziente può rivolgersi ad uno degli ambulatori specialistici presenti sul territorio della Ulss.
- **DIABETICI:**
 - Pazienti complessi in carico ai servizi di diabetologia: è lo specialista che prescrive il controllo e il Servizio di Diabetologia organizza gli appuntamenti per i successivi accessi.
 - Pazienti non complicati o comunque in carico prevalente al MMG: il MMG prescrive il controllo specialistico; opportuno individuare da parte della Ulss e degli altri presidi pubblici e accreditati presenti sul territorio percorsi facilitati (N° telefonico per i diabetici) per la prenotazione degli accertamenti.
- **PAZIENTI CON PATOLOGIA CROINICO DEGENERATIVA** in carico prevalentemente ai servizi specialistici (es. Neuropatie e oculopatie degenerative, malattie reumatiche gravi, dermatopatie gravi...) (eventualmente da integrare con altre patologie nella versione successiva) è lo specialista che prescrive; la struttura specialistica territoriale od

ospedaliera deve offrire la possibilità all'utente di prenotare gli esami e/o le visite specialistiche richiesti nella stessa struttura. È opportuno che le strutture territoriali od ospedaliere forniscano ai pazienti i recapiti telefonici o gli indirizzi di posta elettronica per effettuare direttamente la prenotazione sul servizio che ha in carico il paziente.

Si sottolinea che, prima di qualsiasi protocollo e/o percorso organizzativo, è fondamentale in ogni caso uno impegno costante fra Medico di MG e Specialista nell'ottimizzare la comunicazione di notizie, che deve concretizzarsi in un passaggio di informazioni (verbale e/o scritto) il più completo possibile sia al momento della richiesta della consulenza, sia nel passaggio della presa in carico e, ovviamente, nella refertazione. Ciò richiede una maggior disponibilità da parte di tutti gli operatori all'ascolto e alla individuazione di canali preferenziali di comunicazione fra medici del territorio e medici specialisti.

B - APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ED EROGATIVA

B1. RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEA (RAO)

Il sistema di guida alla prescrizione e alla definizione della congrua classe di priorità di accesso realizzato attraverso la condivisione dei **RAO (Raggruppamenti di attesa omogenea)** negli anni scorsi aveva iniziato a produrre effetti positivi in termini di corretto accesso secondo criteri di valutazione clinica. Nel corso del 2016 sono stati approvati dall'Ulss 9 di Verona, dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, dai presidi privati accreditati, i RAO per la prescrizione di esami radiologici, di endoscopia digestiva, di cardiologia. Inoltre sono stati attivati i tavoli provinciali di confronto fra medicina generale e specialistica per la stesura dei RAO per le seguenti branche: oculistica, neurologia, angiologia/chir. vascolare.

Successivamente, le specifiche previste dai RAO sono state diffuse alle software houses che forniscono ai Medici di Medicina Generale le cartel-

le cliniche informatizzate in modo da predisporre delle "tendine" di supporto alla prescrizione nelle quali sono riportati, per la singola prestazione, i RAO per le diverse classi di priorità. I programmi Millewin e Medico 2000 sono pertanto configurati per la gestione dei RAO al momento della prescrizione.

Infine, nel 2017 è stato individuato un software che consente di elaborare i dati delle prescrizioni valutando, per ogni prescrizione dematerializzata, la congruità fra la classe di priorità assegnata dal medico prescrittore e quella prevista dai RAO per le varie prestazioni. Questo strumento di verifica può rappresentare un sistema di monitoraggio efficace dell'applicazione dei RAO (come già dimostrato in altre realtà locali) e di ritorno di comunicazione fra l'Ulss e la medicina generale, utile anche per audit interni alla medicina generale.

Si ritiene che il lavoro fatto in provincia di Verona, che ha visto la proficua collaborazione fra la medicina generale e gli specialisti delle varie branche per la messa a punto di protocolli condivisi non debba essere vanificato ma, al contrario, aggiornato e riproposto sulla base dell'approvazione a livello nazionale del **"Manuale RAO per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali"** redatto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e approvato nel 2020, e ancor più, in riferimento alla recente approvazione della **DGR n.1562 del 06 dicembre 2022 "Adozione del modello "Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)"**.

L'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), tra il 2015 e il 2019, nell'ambito di due progetti di Ricerca Autofinanziata, ha coordinato il coinvolgimento di rappresentanti di società medico scientifiche (85 società), di istituzioni centrali (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità), di rappresentanti di tutte le Regioni e Province Autonome e di Cittadinanzattiva, al fine di individuare le "parole chiave" utili per una omogenea applicazione delle indicazioni cliniche per l'accesso con priorità alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

B.2 DOCUMENTI NAZIONALI: NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Il Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche approvato nel 2017 prevede per alcune prestazioni criteri di appropriatezza e di erogabilità. Si ritiene indispensabile un percorso formativo a riguardo (a carico delle Aziende Sanitarie) che coinvolga Medici di Medicina Generale, Specialisti ospedalieri e territoriali al fine di condividere tali criteri e offrire anche all'utenza messaggi univoci in ordine alla possibilità di fruire di determinati percorsi diagnostici in ambito SSN.

A tal proposito inoltre si ritiene che l'Ordine dei medici debba farsi carico di informare anche gli specialisti che operano sul territorio in regime privatistico affinché siano a conoscenza di tali criteri e della prescrivibilità meno in regime SSN di esami (da parte dei MMG a cui si rivolgono i pazienti per effettuare gli accertamenti) suggeriti dagli specialisti stessi. La richiesta dello specialista deve altresì riportare una chiara ipotesi diagnostica (motivo della prescrizione) e indicare anche la relativa priorità sulla base del sospetto clinico (protocollo RAO).

B.3 PROTOCOLLI PER LA PREPARAZIONE DI ESAMI RADIOLOGICI E NON

È indispensabile che le Aziende Sanitarie e gli erogatori privati accreditati concordino identiche modalità di accesso e preparazioni agli esami complessi in ambito provinciale (in particolare a quelli con mezzo di contrasto e con riferimento anche a chi compete la compilazione e la firma del consenso informato). Inoltre le informazioni devono essere disponibili in rete e facilmente reperibili sia da parte degli utenti che dei medici prescrittori.

B.4 CONSENSI INFORMATI

Sono in progressivo aumento le richieste di compilazione di moduli per il consenso informato richiesti non solo per gli esami con m.d.c. (la cui modulistica è ancora diversa da struttura a struttura) ma anche per l'asportazione di neoformazioni cutanee, agoaspirati, cicloergometro e addirittura minicirca da carico di glucosio in gravidanza (OC Magalini Villafranca).

Per l'effettuazione di esami di secondo livello tipo PET e scintigrafia miocardica, viene spesso richiesta la compilazione del consenso al MMG che mai prescrive direttamente questi esami. Si presenta inoltre una ulteriore difficoltà prescrittiva legata al CVP in quanto viene richiesta una impegnativa unica con più esami con vari codici nella stessa ricetta, a volte diversi da struttura a struttura (AOUIV rispetto a Negrar); lo stesso vale per la scintigrafia miocardica. Sarebbe pertanto auspicabile anche in questo caso un chiarimento sui compiti di ogni figura professionale nella produzione e compilazione di questi atti burocratici.

B.5 PIANI TERAPEUTICI

Rappresentano una fonte di contrasti e di confusione interpretativa. Si fa riferimento in particolare ai NAO e al Diabete. Per il piano terapeutico "NAO", il MMG può rinnovare esclusivamente i piani riguardanti la patologia FANV (fibrillazione atriale non valvolare). Per tutte le altre patologie tromboemboliche il piano deve essere rinnovato dallo specialista cardiologo, internista, neurologo, ma spesso le segreterie e/o gli stesi colleghi inviano il paziente al MMG per il rinnovo.

Nuovi farmaci antidiabetici: per alcuni l'obbligo del piano è stato superato con l'introduzione della nota 100, ma per altri permane la necessità di redazione. Come ad ex. per Forxiga, che, se utilizzato nello scompenso cardiaco, non rientra nella nota 100 e necessita di PT redatto dal Cardiologo e non dal diabetologo.

C - RIORGANIZZAZIONE DEL CUP E ACCESSO ALLA PRENOTABILITÀ DA PARTE DEI MMG E DEI CITTADINI

Dopo anni di grandi difficoltà e di frammentazione dei sistemi e delle modalità di prenotazione in ambito provinciale è indispensabile un salto di qualità e un adeguamento ai reali bisogni della popolazione. Il sistema di prenotazione delle visite e prestazioni specialistiche deve consentire ai cittadini di verificare la disponibilità su tutto l'ambito provinciale con un'unica richiesta, evitando le lunghe attese al telefono che oggi caratterizzano le modalità di accesso e di risposta.

Inoltre deve essere possibile una verifica delle disponibilità anche via web, sempre su tutto l'ambito provinciale, superando le disparità e le differenze attualmente ancora purtroppo presenti.

Inoltre, i diversificati percorsi di prenotazione che devono essere previsti a seconda della tipologia delle visite e degli accertamenti richiesti (prime visite/accertamenti e visite/accertamenti di controllo) e la necessità che siano i servizi specialistici aziendali a farsi carico della prenotazione dei controlli, richiedono precisi e incrementati investimenti in questo settore che altrimenti continuerà a rendere un servizio di basso livello con grande insoddisfazione da parte dell'utenza. Investimenti indirizzati a rendere adeguati i servizi a:

- gestire la prenotabilità dei controlli e degli approfondimenti (anche su canali dedicati per particolari categorie di pazienti),
- fornire adeguate informazioni per l'accesso alle strutture,

- trasmettere la modulistica necessaria alla preparazione degli esami,
- istruire l'utenza in merito alla documentazione e alle informazioni da presentare al momento della visita.

D - PERCORSI DI ACCESSO SPECIALISTICO PER PATOLOGIE CRONICHE O GRAVI TRAMITE CONTATTO DIRETTO CON LA STRUTTURA EROGATRICE

A tale proposito si ritiene indispensabile che siano attivati (dove non già presenti) canali di comunicazione/prenotazione diretta con i servizi per quei pazienti che, affetti da patologie croniche o gravi o rare, necessitano di essere seguiti dagli stessi presidi, evitando il ricorso al CUP che andrebbe utilizzato prevalentemente per la prime visite e i primi accertamenti.

E - LIBERA PROFESSIONE

Il paziente che si rivolge ad un libero professionista deve aver ben chiaro che questi non può prescrivere indagini o farmaci a carico del SSN.

Anche lo specialista ospedaliero che visita in regime di libera professione intramoenia, per norma, non può servirsi del ricettario regionale.

Qualora il paziente decidesse di proseguire le indagini diagnostiche e/o le prescrizioni terapeutiche in regime di libera professione il medico scelto diventerà il medico curante a tutti gli effetti assumendosi la responsabilità delle cure del paziente. È buon a norma segnalare al MMG la decisione del paziente e l'iter diagnostico/terapeutico intrapreso.

Se invece il paziente decidesse di rientrare nel SSN, le richieste, le indagini e le prescrizioni terapeutiche diventano dei consigli dello specialista libero professionista al MMG cui spetta come medico curante la decisione e la eventuale prescrizione, secondo i criteri di concedibilità e di appropriatezza previsti dalla normativa regionale che devono essere a conoscenza anche dello specialista che compila il referto/proposta.

(1) Deliberazione della Giunta della Regione Veneto n. 1562 del 06 dicembre 2022

..... **"La prima visita specialistica/prestazione"** è quella che rappresenta il primo accesso dell'assistito al Sistema Sanitario Regionale relativamente ad un problema di salute che viene clinicamente affrontato per la prima volta. Alla luce di questo, con l'introduzione del nuovo sistema di assegnazione dei tempi di attesa definito con le tabelle RAO, tutti i codici con radice NTR 89.7_ (Prima Visita) non possono più essere associati a qualsiasi altra prestazione di specialistica ambulatoriale. Lo stesso dicasi per i codici 89.13_ (Prima Visita Neurologica/Neurochirurgica), 89.26.1_ (Prima Visita Ginecologica), 89.26.3_ (Prima Visita Ostetrica), 89.88.2_ (Prima Visita Chirurgica Maxillo Faciale), 89.88.6_ (Prima Visita Odontostomatologica) 94.19.1_ (Prima Visita Psichiatrica), 95.02_ (Prima Visita Oculistica). Nel caso di un paziente cronico, esente per patologia, come

esplicitato dalla Circolare Ministeriale n. 13 del 13 dicembre 2001, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale/e necessari per valutare un nuovo problema clinico, non correlato alla patologia di esenzione; la riaccutizzazione della patologia cronica che necessita di tempestiva rivalutazione, pur essendo una visita successiva alla prima prescritta con codici aventi radice NTR 89.01_ (Visita di Controllo/Follow up) è da trattare amministrativamente come "controllo", dovrà essere organizzativamente gestita come una prima visita con inserimento negli spazi delle agende prioritarie al fine di offrire tempi appropriati.

La visita di controllo, o di follow up, è quella successiva ad un inquadramento diagnostico concluso, in cui un problema già noto viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione sanitaria esistente viene aggiornata. Si tratta di prestazioni finalizzate, ad esempio, a seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croni-

che, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento dell'esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso. Sono altresì da considerarsi visite e prestazioni di controllo sia quelle di approfondimento per pazienti "presi in carico" dallo specialista, quindi successive al primo accesso, comprese le prestazioni di secondo e terzo livello rese a pazienti ai quali è già stato fatto un primo inquadramento diagnostico, sia tutte quelle prescritte in ricetta con l'indicazione del codice di esenzione per patologia, di cui al DM 329/99, volte a valutare, a distanza, l'eventuale insorgenza di complicanze che restano in capo alla struttura richiedente. La prenotazione di visite e prestazioni di controllo deve essere obbligatoriamente programmata al momento della conclusione della visita da parte dello specialista che attiva la presa in carico del paziente secondo la organizzazione aziendale. La relativa prescrizione deve essere effettuata dallo stesso specialista se autorizza-

to all'uso del ricettario o, quando non autorizzato, demandato al MMG/PLS del paziente. Questo sistema di gestione delle prestazioni di controllo va adottato da tutti gli erogatori e rientra nello logico dello preso in carico del paziente. A tal fine, le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista dello strutturo. In tal senso, l'organizzazione aziendale deve dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile).

Quindi, per le attività legate alla presa in carico e ai controlli e follow up, devono essere istituite apposite Agenzie dedicate alle prestazioni. Intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente come indicato nella DGR n. 863/2011. Le Aziende dovranno farsi carico di garantire la prenotazione e la conseguente tempestiva erogazione anche ai controlli imprevisti dovuti o riacutizzazione di patologie croniche. La prenotazione andrà fatta nel rispetto della tempistica indicata in ricetta dal medico prescrivente e dal punto di vista amministrativo tali visite e/o prestazioni saranno considerate di controllo. Va sottolineato che la corretta prescrizione di prime visite e prime prestazioni diagnostico/terapeutiche richiede obbligatoriamente l'indicazione della classe di priorità assegnata e della diagnosi/sospetto diagnostico prevalente esplicitato. Quesiti diagnostici non corretti (es., accertamenti) rendono nullo la classe di priorità, derubricando la prima visita/accesso in prestazione di controllo. Infatti la diagnosi/sospetto diagnostico è presupposto fondamentale per l'informazione allo specialista, ma anche per il governo delle liste d'attesa, per l'erogazione appropriata delle prestazioni e per consentire i controlli

sanitari di appropriatezza previsti dai provvedimenti regionali di cui, da ultimo, alla DGR n. 3444 del 30/12/2010. Le visite o le altre prestazioni strettamente e direttamente correlate ad un ricovero per acuti programmate devono essere eseguite dalla struttura che ha programmato il ricovero stesso, e come indicato dalla legge n. 662 del 1996 (art.1, comma 18), appartengono all'area dell'assistenza ospedaliera. Fanno altresì parte dell'episodio di ricovero per acuti le prestazioni eseguite dopo la dimissione del paziente, ma necessarie al completamento dell'iter diagnostico/terapeutico, in quanto ritenute indispensabili per la diagnosi finale o per il completamento della cura intrapresa, indicate nella lettera/relazione di dimissione ed eseguite nell'ambulatorio della struttura dimettente, di norma entro 30 gg dalla dimissione. Per tali prestazioni non è dovuta alcuna partecipazione da parte dell'assistito in quanto il relativo corrispettivo è incluso nella tariffa del DRG. La validità temporale della ricetta del SSN è tuttora regolamentata dall'art. 35, comma 1 L. 449 del 27 dicembre 1997, tuttavia il limite temporale è ridefinito all'atto della prenotazione/accettazione: una volta che la prestazione prescritta è stata prenotata, infatti, la ricetta resta valida fino al momento dell'erogazione, anche se l'appuntamento fosse fissato oltre il termine assegnato. La prescrizione resta valida anche nel caso in cui l'appuntamento già fissato per l'erogazione della prestazione debba essere spostato per esigenze del paziente e/o della struttura erogante.

La priorità della prestazione è invece dettata dalla prescrizione, secondo le distinzioni contenute nel Piano Nazionale Liste di Attesa e nei **RAO**; ciò nonostante se la prestazione non viene prenotata entro i tempi previsti, perché il cittadino non la utilizza in tempo utile, il codice di priorità decade. In questo caso, per il calcolo della data di scadenza della priorità, farà fede la data di rilascio da parte del prescrittore: passato tale periodo l'utente è tenuto a ritornare dal proprio medico curante per una eventuale rivalutazione clinica. Le eventuali modifiche delle condizioni di erogabilità da parte delle Regioni nel proprio territorio,

anche se, in generale, rappresentano uno strumento di miglioramento dell'appropriatezza, non possono in alcun modo costituire una restrizione del diritto del cittadino a ricevere la prestazione rispetto a quanto previsto dalla normativa a livello nazionale. Ciò vale soprattutto nel caso di prestazioni erogate a cittadini residenti fuori Regione, che di regola non possono accedere ai percorsi regionali organizzati che compensano le eventuali condizioni di erogabilità più stringenti rispetto a quelle nazionali. Nello specifico se per una determinata prestazione la Regione del Veneto ha stabilito condizioni di erogabilità più stringenti, ma ha contemporaneamente definito un percorso diagnostico terapeutico che facilita l'erogazione appropriata di quella prestazione, deve comunque garantire l'accesso alla stessa prestazione, al di fuori dei percorsi organizzati, ai cittadini residenti fuori Regione secondo le condizioni di erogabilità previste dal livello nazionale. Come già stabilito dalla DGR n. 1164 del 06 agosto 2019, resta valido lo strumento delle **liste di galleggiamento** (cui si fa riferimento nella DGR del 12 marzo 2013, n. 320 con il termine pre-appuntamento che coincide con il concetto di pre lista del PNGLA). I tempi di galleggiamento vengono così ribaditi:

- 48 h lavorative per le prestazioni con classe di priorità B;
- 4 giorni lavorativi per le prestazioni con classe di priorità D o P.

I succitati termini decorrono dal momento del primo contatto dell'utente con la struttura sanitaria attraverso qualsiasi canale e tale data dovrà essere registrata a sistema e comunque sempre tracciata e comunicata all'utente in forma scritta.

Si ricorda che se l'utente, una volta contattato, dovesse rifiutare l'appuntamento proposto (a meno che non si tratti di validi motivi), perde il diritto alla priorità. Inoltre, poiché la maggior parte delle prestazioni "contrailo" sono legate ad una presa in carico da parte dello specialista, non dovrebbero essere presenti nel sistema dei 11 galleggiamenti 11, pertanto, ai fini di rendicontazione/controllo da parte della Regione, verranno prese in considerazione solo le prime visite/accessi, ossia le prescrizioni prioritarizzate."

Verbal del Consiglio e delle Commissioni

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 19 APRILE 2023

**Convocazione ore 20.30
Sala Consiglio**

Presenti: Consiglieri: C. Pastori,
A. Musso, G. Accordini, S. Bellamoli,
L. Cordioli, A. Tomezzoli, F. Gobbi,
F. Bertaso, G. Carrara, F. Fascincani,
L. Formentini, F. Gobbi, F. Orcalli.

Revisori dei conti:

P. Cirillo, V. Braga, M. Barbetta.
Funzionaria amministrativa:
R. Maffioli

Assenti: E. Boscagin, C. Rugiu
E. Amedeo, U. Luciano.

1) Lettura e approvazione verbale precedente

In assenza del Presidente dott. Carlo Rugiu, presiede la riunione di Consiglio il Vicepresidente dott. Lucio Cordioli, e pone all'approvazione i verbali precedenti che vengono approvati all'unanimità.

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI MEDICI CHIRURGHI

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

Dott.ssa ALDRIGHETTI Laura
Dott.ssa BERTUETTI Anna
Dott.ssa BONIN Gabriella
Dott. CALLIAN Guido
Dott.ssa CAVAZZANA Eleonora
Dott.ssa COTTARELLI Martina
Dott. DJOUKENG Etienne BeauFils
Dott.ssa FUMO Erica

Dott. GATTI Nicolò
Dott.ssa MACRI' Sara
Dott.ssa MECCHI Giulia
Dott.ssa MIOTTO Federica
Dott. SANTI Andrea
Dott.ssa SHOMAN Saba Safa
Aldin Abdulmahdi
Dott.ssa ZAMPERIOLI Elisa Maria

Cancellazione per trasferimento:

Dott.ssa CAMELLA Michela
Vs Omceo Milano
Dott.ssa SIMONCIONI Maria Chiara
Vs Omceo Bolzano

Cancellazioni per decesso:

Dott.ssa FARINELLI Linda
Dott.ssa GIOGA Gloria

Cancellazioni su richiesta:

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI ODONTOIATRI

Cancellazioni su richiesta:

Dott. GHISLANZONI Giuseppe
Dott. PIACENTINI Alessio

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI STP

Prima iscrizione:

Studio Medico Odontoiatrico
Dott. Stefano Orio srlSTP

Le iscrizioni e cancellazioni approvate all'unanimità. Alle ore 21.10 la seduta di consiglio termina.

IL SEGRETARIO (DOTT.SSA ANNA TOMEZZOLI)
IL VICE PRESIDENTE (DOTT. LUCIO CORDIOLI)

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 7 GIUGNO 2023

Ore 19.30 sala consiglio

Consiglieri presenti: C. Rugiu,
A. Tomezzoli, L. Cordioli, F. Orcalli
S. Bellamoli, F. Bertaso, G. Carrara,
G. Accordini, A. Elio, U. Luciano,

Revisori dei Conti:

P. Cirillo, V. Braga, M. Barbetta
Funzionaria amministrativa:
R. Maffioli

Legale: Avv. D. Gobbi

Assenti giustificati: C. Pastori,
F. Gobbi, A. Guglielmi, F. Facincani,
A. Musso, L. Formentini, E. Boscagin

1) Lettura e approvazione del verbale precedente del 19/04/2023.

Il verbale viene approvato all'unanimità.

2) Comunicazioni del Presidente

2a) Il presidente comunica che si terrà la Commissione Albo Medici il giorno 14 Giugno alle ore 19.30 in sala consiglio.

2b) Comunica inoltre di aver partecipato al Consiglio Nazionale FNOMCeO il 3/05/2023 durante il quale si è tenuta una commemorazione della collega Barbara Capovani ed è stata consegnata la medaglia d'oro al valore alla presenza del Ministro Schillaci.

2c) Il presidente comunica inoltre di aver partecipato con la consigliera segretario A. Tomezzoli alla fiaccolata a Milano in memoria di Barbara Capovani tenutasi il 3 Maggio.

2d) Il presidente comunica inoltre di aver partecipato il 19 Maggio all'inaugurazione dell'anno accademico durante la quale si è svolta una tavola rotonda sulla situazione postCovid con un pregevole intervento della Prof. E. Tacconelli alla quale il Presidente ha chiesto un estratto per la pubblicazione su Verona Medica.

2e) Il 27 maggio in sala Fazzini si è svolto in modalità mista un convegno sulla libertà prescrittiva organizzato dalla commissione aggiornamento, durante il quale è stata scoperta la targa dedicata al Prof Vettore.

2f) Il presidente aggiorna inoltre il consiglio sullo stato dell'arte della collaborazione in corso con i Licei a curvatura biomedica che ha visto impegnati numerosi professionisti in lezioni frontali ed esercitazioni.

3) Approvazione all'unanimità dei documenti redatti dalla commissione Territorio Ospedale che si allegano al presente verbale

4) Iscrizioni e cancellazioni

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI MEDICI CHIRURGHI

Prima iscrizione:

Dott.ssa ABDEL LATIF Giulia
Dott. ALDEGHERI Alessandro
Dott.ssa ASQUIDAMINI HECK Sonia
Dott.ssa DE PALMA Veronica
Dott. FAKHREDDINE Sebastiano
Dott.ssa GAZZOLARI Lisa

Reiscrizione:

Dott. HOUNGBEKE Yeholi Edem

Iscrizione per trasferimento:

Dott.ssa CORDIOLI Elvira
da Omceo Bologna
Dott. FISCINA Fabio da Omceo
Ancona

Cancellazione per trasferimento:

Dott. CALO' Nicola Pietro Michele
Vs Omceo Livorno

Cancellazioni per decesso:

Dott. GAZZANI Paolo

Cancellazioni su richiesta:

Dott.ssa GOETZ Anna Katharina
Luise

Cancellazione per morosità:

Dott. SCARPOLINI Paolo

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI ODONTOIATRI

Prima iscrizione:

Dott.ssa ZANINI Clara

Cancellazioni per decesso:

Dott. GATTI Renato

Cancellazioni su richiesta:

ISCRIZIONE STP

Prima iscrizione:

Studio Dentistico Minniti SRL STP

5) Comunicazione da parte della
Commissione Albo Odontoiatri:
Il dott. Carrara è stato eletto presiden-
te dei Proviviri dell'ANDI

Il consiglio termina alle ore 20.30

IL SEGRETARIO (DOTT.SSA ANNA TOMEZZOLI)
IL PRESIDENTE (DOTT. CARLO RUGIU)

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 26 LUGLIO 2023

Ore 19.30 sala consiglio

Consiglieri presenti: C. Rugiu,
F. Gobbi, A. Tomezzoli, C. Pastori,
L. Cordioli, E. Boscagin, F. Orcalli,
S. Bellamoli, G. Accordini, U. Luciano,
A. Elio, F. Facincani, L. Formentini,
A. Guglielmi, F. Bertaso

Revisori dei Conti:

P. Cirillo, V. Braga

Funzionaria amministrativa:

R. Maffioli

Legale: Avv. D. Gobbi

Assenti giustificati:

A. Musso, A. Elio, G. Carrara

Prima di iniziare il consiglio il Presi-
dente chiede a tutti i presenti un mi-
nuto di silenzio per commemorare la
scomparsa del Prof. Claudio Bassi.

1) **Lettura e approvazione del ver-
bale precedente** del 7 Giugno 2023.
Il verbale viene approvato all'unanimità.

2) Comunicazioni del Presidente

2a) Il Presidente comunica di aver
partecipato da remoto ai lavori
della commissione ICT durante la
quale sono stati formati 4 gruppi
di lavoro per discutere di vari temi
connessi alla comunicazione coi
Colleghi, ai rapporti coi Farmaci-
sti, all'utilizzo dell'I.A. e delle nuo-
ve tecnologie; la commissione
tornerà a riunirsi in settembre.
Egli inoltre riferisce sui lavori del
Consiglio Nazionale, dedicato
all'aggiornamento di tutti i pre-
sidenti in merito alle proposte
di revisione/aggiornamento del
codice deontologico e per la ste-
sura di nuovi articoli su tematiche
particolari: fine vitae, procreazio-
ne assistiti, intelligenza artificiale.
Il presidente si augura che la revi-
sione possa rendere il codice più
sintetico e più facilmente fruibile
da parte di tutti i colleghi.

2b) Comunica inoltre che il dott. Fa-
cincani ha scritto al Presidente
Zaia sollecitando il pagamento
dei compensi per le certificazioni

INAIL per il personale del Pronto
soccorso degli ospedali privati-
convenzionati.

2c) Il Presidente comunica inoltre
che il dott.XXX ha vinto il ricorso
fatto in seguito al provvedimento
disciplinare che lo riguardava.
Pertanto la sanzione avuta è sta-
ta annullata.

2d) Il Presidente ricorda a tutti l'in-
contro con i neolaureati previsto
nel pomeriggio del 13 settembre
in presenza presso la sala Fazzini
nella sede dell'Ordine e la Gior-
nata del Medico prevista il 18 No-
vembre alla Gran Guardia. È sta-
ta prenotata sempre la sede della
Gran Guardia per la Giornata del
medico del 2024 per la data del 9
novembre.

3) Il Presidente lascia la parola alla dott.
ssa Boscagin Presidente CAO, che co-
munica a tutti l'esito positivo del ricor-
so al TAR del dott. XXX in seguito alle
decisioni prese dalla CAO nazionale in
merito alla sua esclusione dal direttivo
nazionale. Il dottore dovrebbe essere
reintegrato; la dott.ssa Boscagin farà
sapere a tutti le novità in merito.

4) La Consiglieria Segretario dott.ssa
Anna Tomezzoli illustra il regolamen-
to per il parere di congruità e il piano
del fabbisogno del personale per il
triennio 2023/2025. Entrambi vengo-
no approvati all'unanimità e allegati al
presente verbale.

5) Iscrizioni e cancellazioni

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI MEDICI CHIRURGHI

Prima iscrizione:

Dott.ssa AJAZI Barbara
Dott. ALBERTI Gianmarco
Dott. ALBERTI Luca
Dott.ssa ALLEGRA Elena
Dott.ssa ANTONELLO Elettra
Dott.ssa BARATTA Francesca
Dott.ssa BATTISTI Silvia
Dott.ssa BELHA JOUSSEF Dina
Dott. BENINI Andrea
Dott.ssa BERNARDOCCI Alice
Dott. BERTASINI Manuel
Dott.ssa BERZACOLA Silvia
Dott. BORGHESANI Pietro
Dott.ssa BRENTGANI Caterina
Dott. BUFFATTI Umberto

Dott.ssa CAMPARA Giulia
Dott.ssa CARBONINI Giulia
Dott.ssa CARLESSO Eleonora
Dott. CATALINI Federico
Dott. CESCHI Diletta
Dott. CETRANGOLO Alessio Maria
Dott.ssa CHIARATTI Francesca
Dott.ssa CONA Lucia
Dott. CORRA' Edoardo
Dott.ssa CORTESE Elena
Dott.ssa DEMORI Annachiara
Dott.ssa DONATONI Sophia
Dott.ssa ERBOGASTO Elisa Ida
Dott. FALCO Alessandro
Dott.ssa FERRARI Gaia
Dott.ssa FERRO Francesca
Dott.ssa FIETTA Ilaria
Dott. FIORIO Pietro
Dott. FORTE Nicola
Dott.ssa GASPARINI Veronica
Dott.ssa GEGA Arjela
Dott. GINI Lamberto
Dott. GIULIANI Alessandro
Dott.ssa GOBBI Sofia
Dott.ssa GOTTARDI Giorgia
Dott.ssa GRIGOLI Lisa
Dott.ssa GUASTALLA Giulia
Dott. LANZA Marco
Dott.ssa LOGIUDICE Laura
Dott.ssa LUTTEROTTI Martina
Dott. MAFFEI Francesco
Dott.ssa MERCURI Francesca
Dott.ssa OSELE Anna Giorgia
Dott. PANEBIANCO Riccardo
Dott.ssa PANGRAZIO Claudia
Dott.ssa PANNACCI Martina
Dott. PARONI Luca
Dott.ssa PASQUALI Annalisa
Dott. PEROTTI Samuele

Dott.ssa PIAZZOLA Marta
Dott. PICCOLBONI Giorgio
Dott.ssa PINGHELLA Francesca
Dott. POLO Alessandro
Dott.ssa PONTALTO Silvia
Dott. REAMI Matteo
Dott.ssa RIGO Costanza
Dott. RINALDI Nicola
Dott.ssa RODRIGUES DA SILVA Isabella
Dott. ROSA Stefano
Dott. ROSSETTI Cristian
Dott.ssa RUGGIERI Claudia
Dott.ssa SABA Alessia
Dott.ssa SANDRI Chiara
Dott.ssa SAVARESE Sabra
Dott.ssa SHHADA Samir
Dott. SPINELLI Alessandro
Dott. TESTONI Sebastiano Antonio
Dott. VANZANI Elia
Dott. VENARUZZO Pietro
Dott.ssa ZADRA Letizia
Dott.ssa ZAMPERINI Rachele
Dott.ssa ZENATI Francesca

Iscrizione per trasferimento:

Dott.ssa CAPOROSSI Elena
da Omceo Bologna
Dott. VERDESCA Dario
da Omceo Sondrio

Cancellazione per trasferimento:

Dott. KODO Alexis
Vs Omceo Bolzano
Dott. MINARDI Emanuele
Vs Omceo RAGUSA

Cancellazioni per decesso:

Prof. BASSI Claudio
Dott.ssa CHESINI Marilena

Dott. GIERI Vincenzo
Dott. MEGLIO Mario
Dott. PETERLONGO Alessandro
Dott. POLYCARPOU Klitos

Cancellazioni su richiesta:

Dott. BELLISOLA Giuseppe
Dott. GALVAN Umberto
Dott. MONTRESOR Giuliano
Dott.ssa WEYNE MAGNUS Fernanda

Iscrizione ELENCO

PSICOTERAPEUTI:

Dott.ssa COMENCINI Erika
Dott. PICCOLI Alberto

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI ODONTOIATRI

Cancellazioni per decesso:

Dott. PETERLONGO Alessandro
Dott. POLYCARPOU Klitos

Cancellazioni su richiesta:

Dott. BALDOVINO Oberto

6 - Il dott. Cirillo comunica in qualità di coordinatore della "Commissione salute e ambiente" che è stato organizzato dalla stessa commissione un interessante convegno sui temi della salute e pianificazione ambientale-territoriale che si terrà il 2 dicembre 2023 presso l'aula magna dell'Università di Verona, sede di Borgo Roma. Il consiglio termina alle ore 20.30

IL SEGRETARIO (DOTT.SSA ANNA TOMEZZOLI)
IL PRESIDENTE (DOTT. CARLO RUGIU)

PUBBLICATO IN GAZZETTA UFFICIALE IL DL ENTI, IN VIGORE L'EMENDAMENTO SCHIFONE SUI MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

È stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 155 del 5 luglio 2023 il decreto Enti, approvato in via definitiva dal Senato lo scorso 28 giugno. Nel provvedimento ci sono diverse misure che riguardano la sanità, tra cui quelle contenute nell'emendamento di cui è prima firmataria Marta Schifone e che prevede fino al 2026 la possibilità per i medici del ruolo unico di assistenza primaria con incarico a quota oraria di 24 ore settimanali di avere in carico fino a 1.000 assistiti. La norma riguarda un terzo di tutti i medici di Continuità Assistenziale che oggi svolgono il doppio incarico di medico di famiglia e di continuità assistenziale e garantirà a 1.500.000 cittadini in più l'assistenza di un medico di famiglia, salvaguardando allo stesso tempo la stabilità e l'efficacia dell'offerta oraria della guardia medica.

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 06 GIUGNO 2023

Presenti: Bovolin, Luciano, Pace, Zattoni.

Assenti giustificati: Boscagin

La dott.ssa Boscagin, per impegni istituzionali improvvisi, non è presente alla riunione. Prende il suo posto il Vice Presidente, dott. Francesco Bovolin.

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

Comunicazioni:

- Commissione Esami di Stato in Odontoiatria: vengono nominati i componenti: titolari dott. Bovolin e dott. Zattoni, supplenti dott. Luciano e dott. Pace. Ne verrà data comunicazione all'università di Verona e alla Federazione Nazionale.
- Quesito su direzione sanitaria STP: un iscritto all'Albo Odontoiatri pone il quesito riguardante la possibilità, per un odontoiatra, di rivestire l'incarico di direttore sanitario in due strutture odontoiatriche, essendo entrambe facenti parte di una stessa STP ma con due sedi diverse. Il parere è negativo in quanto

la norma di legge (legge 124 del 04/08/2017 art. 15) che prevede una sola direzione sanitaria per ogni struttura odontoiatrica, vale per tutti i tipi di società quindi anche per le STP. Tale parere verrà inoltrato al Collega.

Relazioni istruttorie:

- Vengono presi in esame 3 casi di possibili procedimenti disciplinari. Tutti necessitano di approfondimenti e quindi si posticipano le decisioni da assumersi.

Attività informativa nelle scuole:

Prende la parola il dott. Pace il quale espone ai presenti l'iniziativa, promossa da alcuni igienisti dentali per fare informazione sanitaria nelle scuole. Il dott. Pace ritiene che detta informazione, che di fatto riguarda la salute pubblica, debba essere preventivamente visionata dall'Ordine.

Il dott. Pace propone di formulare un documento al provveditorato e alle scuole in cui si raccomandi il preventivo avvallo dell'Ordine a qualsiasi iniziativa di informazione sanitaria che possa essere proposta. È dovere di questa istituzione vigilare e tutelare il cittadino sui contenuti e le modalità con cui le informazioni mediche vengono proposte e diffuse ai cittadini.

La CAO approva dopo lunga discussione.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 04 LUGLIO 2023

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

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

Comunicazioni del Presidente:

- Sedazione Cosciente in Odontoiatria: il Presidente informa i presenti che è pervenuta, da parte dell'associazione italiana sedazionisti odontoiatri, una nota riguardante la sedazione cosciente in odontoiatria.
- Richiesta parere congruità dott. LL. Il Presidente informa che il dott. LL ha presentato due richieste di parere di congruità per cure prestate al Sig. FF. Il paziente, per tramite del suo avvocato ha fatto pervenire all'Ordine le proprie controdeduzioni. La CAO delibera di convocare il Sig. FF per chiarimenti.

Relazioni istruttorie:

Tre i possibili procedimenti disciplinari rimasti in sospeso da precedente riunione CAO. Uno di essi comporta apertura di procedimento disciplinare, uno richiederà approfondimenti documentali giacenti presso ULSS 9 e il terzo un invito a colloquio.

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.

Il valore della ricerca clinica: cosa ci ha insegnato la pandemia?

Evelina Tacconelli,
Professore di Malattie Infettive,
Direttore UOC Malattie Infettive,
Università di Verona

Il progresso della conoscenza in termini di scoperta e innovazione è il momento essenziale per il miglioramento di qualsiasi civiltà in termini culturali, economici, commerciali, di qualità della vita e della Salute. In medicina in particolare, la ricerca permette di migliorare i processi diagnostici e la personalizzazione delle terapie. I risultati della ricerca scientifica dovrebbero essere accessibili a tutti i pazienti, indipendentemente dalle risorse economiche o dal luogo di residenza. Nella sanità pubblica e nelle malattie infettive la ricerca, come dimostrato dalla pandemia da SARS-CoV-2, svolge un ruolo chiave nel fornire rapidamente le evidenze scientifiche multidisciplinari, necessarie per lo sviluppo delle politiche sanitarie, per sostenere il miglioramento della Salute dei cittadini e ridurre le disuguaglianze sanitarie. Le classi sociali più svantaggiate in termini economici e culturali sono infatti quelle che hanno sempre pagato il prezzo più alto in termini di vite umane e qualità della vita a seguito di malattie infettive ed eventi pandemici.

Nel 2012 mi sono trasferita dall'Italia in Germania per dirigere le Malattie Infettive dell'ospedale Universitario di Tubinga. Qualche mese dopo il mio arrivo, un famoso politico tedesco allora al governo si dimise perché alcuni giornalisti avevano documentato che, molti anni prima, aveva copiato una parte della sua tesi di dottorato di ricerca. Nel 2019, in Italia, in una riunione in cui si discuteva di come migliorare la qualità della ricerca scientifica, un collega farmacologo commentava che "gli studi clinici e la

ricerca non sono di alcuna utilità per i pazienti" supportato immediatamente da un Ordinario di Malattie Infettive che sottolineava che "il concetto di evidenza scientifica è chiaramente sopravvalutato... le meta analisi non hanno valore clinico, in quanto so io come trattare i miei pazienti...". Cosa hanno in comune questi due esempi?

Entrambi mostrano il valore attribuito alla ricerca all'interno di un Paese. In alcune nazioni infatti la ricerca è considerata una componente indispensabile del welfare mentre in altri non è percepita come valore assoluto ma solo come un mezzo per la carriera del singolo o del gruppo Universitario che rappresenta.

Questo errore di valutazione ha provocato in Italia, negli anni, il consolidamento del "potere" di alcuni gruppi accademici a scapito della meritocrazia e riducendo quindi la qualità della ricerca stessa e delle competenze mediche del nostro Paese.

La sentenza del Consiglio di Stato n. 946 del 9 febbraio 2022 ha sottolineato, in riferimento ai trattamenti del COVID-19, che "la prescrizione del farmaco...deve fondarsi su un serio approccio scientifico e non può affidarsi ad improvvisazioni del momento, ad intuizioni casuali o, peggio, ad una aneddotica insuscettibile di verifica e controllo da parte della comunità scientifica e, dunque, a valutazioni fuori di rischi mai valutati prima rispetto all'esistenza di un solo ipotizzato, o auspicato, beneficio. La prescrizione di farmaci non previsti o, addirittura, non raccomandati dalle Linee guida non può dunque fondarsi su un'opinione personale del medico, priva di basi scientifiche e di evidenze cliniche,in quanto "la libertà della scienza non vuol dire anarchia del sapere applicato dal medico al paziente".

Un'altra conseguenza della devalorizzazione della ricerca è la divisione netta tra le componenti mediche universitarie, ospedaliere e della medicina del territorio. Anche questa distorsione di valutazione contribuisce a ridurre nettamente la qualità della ricerca, in quanto il processo di sviluppo e di implementazione delle idee si avvale poco o per nulla di tutta la componente clinica disponibile ma solo di una parte minoritaria.

Tuttavia, a mio parere, oggi non è possibile essere un bravo clinico senza competenze di ricerca e senza essere in grado di comprendere le metodologie scientifiche, così come non è possibile fare ricerca di rilievo senza essere un bravo clinico e comprendere le necessità dei pazienti sia ricoverati che trattati presso il proprio domicilio.

Una ulteriore limitazione della ricerca scientifica in Italia è la mancanza di finanziamenti dedicati non solo a livello nazionale ma anche a livello Europeo. Nel periodo 2014-2020, a fronte di un investimento di 60 miliardi di euro, sono state effettuate in Europa 100.000 pubblicazioni scientifiche e presentate 2.500 domande di brevetto. Se analizziamo la distribuzione dei fondi notiamo che ci sono notevoli differenze nella distribuzione tra i Paesi Europei: il 40% dei fondi è stato distribuito ai ricercatori di Germania, Francia e Regno Unito (22 miliardi di euro) con sostanziali benefici anche per alcuni Paesi relativamente piccoli come Svezia, Danimarca e Finlandia.

Tuttavia la percentuale di fondi ricevuti e quanto versato come contributo da ciascun Paese alla Comunità Europea, ha una distribuzione chiaramente non equilibrata. L'Italia come la Spagna riceve sostanzialmente meno rispetto a quanto versato al contra-

rio di Paesi più piccoli come Olanda e Belgio (Nature, Quirin Schiermeier, dicembre 2020). Come prevedibile nei primi mesi della pandemia la ricerca clinica italiana non è riuscita ad attivarsi rapidamente a causa soprattutto della limitazione e ritardi nei finanziamenti pubblici, l'assenza di infrastrutture per la sperimentazione clinica negli ospedali, l'assenza di reti di ricerca tra i medici di medicina generale, una burocrazia lenta e spesso soggetta ad interpretazioni locali, e contrattazioni legali (tra lo sponsor della ricerca e i singoli ospedali) estremamente complesse che hanno reso molto difficile e spesso impossibile (data la rapidità della evoluzione di una pandemia) l'attivazione di nuovi studi clinici. Le prime evidenze scientifiche sulla terapia di COVID-19, che hanno dimostrato dopo pochi mesi l'efficacia sostanziale della terapia con cortisone nei pazienti ospedalizzati, sono state prodotte dal progetto Recovery che in Inghilterra ha collegato circa 200 ospedali e arruolato i primi 1000 pazienti in soli 16 giorni.

Nel periodo critico della pandemia Recovery ha arruolato circa 500 pazienti al giorno (Goossens, Lancet Infect Dis 2022). Il tempo necessario per ottenere l'approvazione del Comitato etico nazionale e contrattualizzare i 200 ospedali è stato di 9 giorni. In Italia questo processo è stato molto più lento e, in molte situazioni, i ricercatori, pur di fronte a un'idea originale e probabilmente utile per la cura dei pazienti, hanno desistito di fronte al tempo e alla fatica necessaria per la sua implementazione.

Vista la mancanza di coordinazione nazionale, alcuni ricercatori e Università Italiane hanno iniziato ad auto-organizzarsi, con successo, collegandosi alle iniziative Europee. Nasce così la rete italiana OMS-Solidarity di 18 ospedali coordinata dalla Università di Verona, che riceve alcuni dei farmaci direttamente dall'OMS e contribuisce in maniera sostanziale alle evidenze scientifiche del trattamento del COVID-19 (WHO Solidarity Trial Consortium N Engl J Med. 2020, Lancet 2022). Secondo un rapporto della Commissione Europea nel 2021 sono stati finanziati 105 progetti per studia-

re il COVID-19 in 50 Paesi. Questi progetti hanno creato 7000 connessioni di ricerca tra i vari Paesi che vanno da un minimo di 18 a Cipro ad un massimo di 1654 in Italia. L'Università di Verona e le Malattie Infettive sono nella top list dei primi 15 centri di ricerca per contributo finanziario dell'UE partecipanti ai progetti COVID-19 H2020 (EU research and innovation in action against coronavirus, Commissione Europea 2021).

Gli anticorpi monoclonali rappresentano un altro importante esempio di come le necessità cliniche informano la ricerca con benefici immediati per la cura dei pazienti. Gli studi finanziati da AIFA Mantico 1 e 2 sono nati dalla stretta e efficace collaborazione tra gli ambulatori ospedalieri delle Malattie Infettive e la medicina territoriale del Veneto ed in particolare di Verona.

L'ambulatorio per le terapie precoci del COVID-19 dell'Azienda Ospedaliera Integrata di Verona (AOUI), viene aperto poche ore dopo l'approvazione dei farmaci da parte di AIFA, con procedure operative sviluppate dalla Regione Veneto che collegano direttamente i medici di medicina generale e gli infettivologi. Grazie agli studi e a una continua collaborazione con la medicina del territorio, i pazienti hanno avuto un accesso rapido a tutti i monoclonali, anche quelli non ancora disponibili su larga scala a livello nazionale (AOUI è stato per lungo tempo il primo centro in Italia per somministrazione di anticorpi monoclonali).

L'analisi dei dati hanno documentato che la terapia precoce con anticorpi monoclonali, nei pazienti ad alto rischio anche non vaccinati o parzialmente vaccinati, ha ridotto, in quella fase della epidemia, in maniera sostanziale la mortalità per COVID-19, il bisogno di ricovero ospedaliero e la durata del ricovero (Mazzaferri, eLife 2022; Savoldi, Eur J Clin Microb Infect Dis 2022).

Il lavoro di collaborazione con la medicina territoriale è risultato essenziale anche nella gestione delle conseguenze a lungo termine del COVID-19. Per comprendere le cause della sin-

drome long COVID, la Commissione Europea finanzia con 30 milioni di Euro il progetto ORCHESTRA, consorzio di 26 centri clinici e di ricerca in 10 Paesi Europei e 5 non Europei, coordinato dalle Malattie Infettive di Verona. Al progetto si collega l'apertura dell'ambulatorio post-COVID di AOUI che include ad oggi oltre 2000 pazienti. L'osservazione dei pazienti ha permesso progressi sostanziali nella comprensione della patologia e dei fattori di rischio e protettivi (Gentilotti eClinMed 2023).

L'esperienza della pandemia ci ha insegnato che l'unica risposta efficace in caso di eventi a potenziale epidemico o pandemico è la creazione di reti di ricerca multidisciplinare (medici, statistici, biologi, matematici, economisti,...) che colleghino gli ospedali, le residenze protette per gli anziani e la medicina del territorio e che collaborano nei periodi interpandemici e si attivano rapidamente in caso di nuovi eventi pandemici. Esempi di piattaforme di questo tipo che coinvolgono attivamente anche l'Università di Verona sono ECRAID (<https://www.ecraid.eu/>) e VACCELLERATE (<https://vaccellerate.eu/>).

Per quanto la necessità di dimenticare il periodo pandemico in particolare da parte degli operatori sanitari sia comprensibile, sarebbe un grave errore non costruire su quanto appreso e sugli errori commessi. Un sistema di ricerca sostenibile ed efficace è essenziale per fornire rapidamente le risposte necessarie al continuo supporto della Salute Pubblica. La ricerca solida e efficiente nasce solo dalla passione dei singoli e dalla capacità di confronto e collaborazione tra le diverse espressioni delle competenze mediche.

Dobbiamo trasmettere agli studenti di medicina che avere l'opportunità di fare ricerca indipendente è un grande privilegio in quanto la ricerca medica è un valore essenziale per la corretta cura dei pazienti. Implementare i risultati delle ricerche nella pratica clinica e constatarne il beneficio per la Salute dei propri pazienti è una delle soddisfazioni più grandi che un medico possa ottenere nella sua carriera.

Prevalenza delle infezioni microbiche sessualmente trasmesse nelle diverse popolazioni di soggetti afferenti all'AOUI di Verona

AUTORI: GUGOLE MARGHERITA, LLEÒ MARIA DEL MAR, CATERINA SIGNORETTO.
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA E SANITÀ PUBBLICA, SEZIONE DI MICROBIOLOGIA, UNIVERSITÀ DI VERONA.

SCOPO DELLO STUDIO

Le infezioni a trasmissione sessuale (ITS) costituiscono un ampio gruppo di infezioni rilevate in tutte le parti del mondo come riferito da Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e da altri organismi di sorveglianza di interesse per l'Italia, quali European Centre for Disease and Control (E-CDC) e Istituto Superiore di Sanità (ISS). La registrazione dei casi di ITS è molto disomogenea, non sempre infatti avviene in modo completo e corretto soprattutto in paesi dove i sistemi di sorveglianza non sono sufficientemente sviluppati e dove i metodi diagnostici utilizzati non sono quelli che consentono la massima specificità e sensibilità, mentre in altri paesi (soprattutto nord Europa) i sistemi di rilevamento e sorveglianza sono molto più efficaci.

Di conseguenza gli organismi come E-CDC presentano nei loro report annuali un'immagine disomogenea della situazione nei paesi europei che mette in difficoltà la valutazione continentale della epidemiologia, la prevalenza dei diversi agenti infettivi e il calcolo della resistenza agli antibiotici associate ai diversi agenti patogeni.

Anche in Italia, le registrazioni dei casi di infezione e di antibiotico resistenza non avviene in modo omogeneo nelle diverse regioni anche perché le procedure ed i metodi diagnostici non sono standardizzati.

Nel tentativo di chiarire la locale situazione epidemiologica e microbiologica, l'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare la prevalenza delle ITS batteriche e da *Trichomonas vaginalis* in campioni clinici afferenti al Laboratorio di Microbiologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOUI) di Verona. In particolare si è analizzata la quantità di campioni positivi per *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium* e *Trichomonas vaginalis*.

Per la valutazione della prevalenza dei patogeni a trasmissione sessuale nelle diverse popolazioni di soggetti analizzati, è stato selezionato un periodo di circa 4 anni (2018-2022). Successivamente tale periodo di tempo è stato suddiviso in tre sotto-periodi associati alla comparsa, diffusione e parziale risoluzione della pandemia di COVID-19, al fine di valutare eventuali ricadute associate alla pandemia e alle condizioni restrittive messe in atto durante la stessa. Poiché un'infezione nel distretto genitale causa alterazioni nello specifico microbiota e può favorire l'infezione da parte di altri microorganismi, sono state ricercate eventuali associazioni tra i 4 microorganismi analizzando i campioni risultati positivi per infezioni polimicrobiche come ad esempio campioni positivi per *N.gonorrhoeae* e *C.trachomatis* contemporaneamente.

Infine sono stati individuati i pazienti che presentavano nel tempo, alcuni a distanza di poche settimane o mesi, altri a distanza anche da anni, più campioni positivi per uno stesso agente patogeno. Questa parte dello studio ci ha permesso di ipotizzare la

causa di specifiche risposte al trattamento antibiotico applicato ai diversi pazienti.

Nella seconda parte dello studio sono stati presentati i dati raccolti da uno studio condotto focalizzandoci, nello stesso ambito, su di un problema particolarmente importante, anche a livello europeo e mondiale, che riguarda l'aumento della prevalenza di *M. genitalium* in specifiche popolazioni di soggetti a rischio, legato anche all'aumento dei ceppi di *M. genitalium* antibioticoresistenti. L'obiettivo era valutare la situazione nella nostra Azienda Ospedaliera soprattutto per quanto riguarda l'antibiotico resistenza e le conseguenze cliniche riguardanti il trattamento terapeutico.

A tale scopo è stata calcolata la prevalenza di *M. genitalium* in diversi tipi di campioni in una popolazione di più di 1000 soggetti denominati "Men who have Sex with Men" (MSM). Alcuni dei ceppi batterici isolati sono stati analizzati a livello delle sequenze di DNA per ricercare mutazioni associate alla resistenza agli antibiotici azitromicina e moxifloxacin e parallelamente analizzati utilizzando un kit commerciale di PCR per la ricerca dei mutazioni associate alla azitromicina-resistenza. La corrispondenza genotipo-fenotipo è stata valutata sulla base dell'analisi dei risultati clinici ottenuti nei pazienti trattati.

Selezione delle popolazioni e dei campioni da utilizzare per la diagnosi di ITS

Nel valutare la presenza dei 4 microorganismi patogeni nei campioni sono stati considerati tre tipi di popolazioni: 1) la popolazione generale

che include i pazienti ambulatoriali e con richieste dei medici di base; 2) i pazienti ricoverati nei diversi reparti ospedalieri e sottoposti per screening alla diagnosi di ITS; 3) i pazienti sintomatici o a rischio di ITS che afferrivano al reparto e agli ambulatori di Malattie infettive della AOUI, all'ambulatorio Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) della Dermatologia e Venereologia, al reparto di Ginecologia/Ostetricia della AOUI.

Il periodo di tempo considerato per lo studio della prevalenza va dal 1° gennaio 2018 al 30 Giugno 2022. Inoltre è stata analizzata la differenza di prevalenza tra prima, durante e post restrizioni per pandemia COVID 19.

La prima fase va da 1° gennaio 2018 al 1° marzo 2020, la seconda dal 1° marzo 2020 al 1° Maggio 2021. In questo periodo sono comprese le fasi più importanti delle restrizioni da COVID in Italia, come il primo lockdown, la seconda ondata di nuovi casi con nuovo inasprimento delle misure restrittive e l'istituzione delle misure di contenimento per scenari differenziati (cioè zone gialle, arancioni e rosse). Questi provvedimenti, riducendo significativamente ogni tipo di attività sociale e costringendo la popolazione a trascorrere maggior tempo tra le mura domestiche, potrebbero aver influenzato anche la situazione epidemiologica locale delle ITS. L'ultimo periodo considerato va dall' 1° Maggio 2021 al 30 Giugno 2022. Dal mese di Maggio 2021, grazie alla discesa della curva dei contagi e grazie agli effetti della campagna vaccinale iniziata a Dicembre 2020, le misure contenitive sono state gradualmente e definitivamente allentate.

Per quanto riguarda la tipologia dei campioni su cui si sono ricercati i microorganismi questi sono stati tamponi cervicali, tamponi vaginali, tamponi uretrali, liquido seminale, urine, tamponi faringei, tamponi rettali.

Il percorso diagnostico è stato il seguente:

- Raccolta dei campioni
- Invio dei campioni all'Unità Operativa (UO) di Microbiologia dell'AOUI di Verona, e sottoposti a estrazione purificazione del DNA

e successiva amplificazione mediante un protocollo di Real Time-PCR multiplex mediante Allplex STI essential Assay.

L' Allplex STI essential Assay (Seegene, Seoul, South Korea) è un sistema di PCR multiplex Real Time che può identificare 7 patogeni contemporaneamente correlati a ITS (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureplasma urealyticum*, *Ureplasma parvum*, e *Mycoplasma hominis*). Al termine della reazione di PCR, per ogni campione analizzato si controllano i risultati e si valuta la presenza o meno del patogeno di interesse. Per considerare positivo il risultato, il campione deve avere un Ct value (Ct=cycle threshold) < 40.

Il Ct è il numero di cicli di amplificazione dopo i quali inizia a essere rilevato il target genetico nel campione biologico; è anche indicativo della quantità di DNA presente (più basso è il valore, maggiore è la quantità di DNA rilevata e di microrganismo presente nel campione).

Raccolta dati e calcolo delle prevalenze

I dati sono stati raccolti in un software specificamente sviluppato per UO di Microbiologia dell'AOUI per la registrazione dei test effettuati e gli associati referti. La raccolta è avvenuta, selezionando, per ogni periodo considerato, la tipologia di campione di interesse (tamponi cervicali, uretrali, vaginali, faringei, rettali, urine, liquido seminale), il microorganismo per cui si ricercavano campioni positivi (*C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *M. genitalium*, *T. vaginalis*) ed, eventualmente, il tipo di popolazione sulla base della provenienza del campione (ambulatori o richieste di medici di base, o reparti specifici, come Ginecologia/Ostetricia, servizi di DH di ITS e malattie infettive).

Per ottenere la prevalenza di ciascun microorganismo, si è calcolato il rapporto tra il numero di campioni risultati positivi (inclusendo tutti i tipi di campioni) sul totale di richieste di esame (inclusendo tutti i tipi di campione). Per ogni tipologia di campione è stata poi calcolata in modo simile la prevalenza.

Analisi statistica

Per l'analisi della significatività statistica del confronto tra le diverse prevalenze sono stati effettuati il test chi², il test di Fisher, il test di uguaglianza di popolazione Kruskal-Wallis e il test di Dunn con correzione di Bonferroni.

Il protocollo per valutare le differenze statisticamente significative per i diversi tipi di dati è iniziato calcolando la significatività globale sulla base del valore inferiore a 0.05 mediante i test di chi² Pearson ed il test di Fisher.

Per valutare la significatività statistica rispetto ai diversi periodi della pandemia e per le diverse popolazioni sono stati eseguiti i test di Kruskal-Wallis ed il test di Dunn-Bonferroni che non solo confermano con maggiore accuratezza il valori di significatività già calcolati ma hanno consentito anche di individuare quali gruppi di dati differivano dagli altri in modo significativo.

RISULTATI

Per quanto riguarda la prevalenza si sono ottenuti i seguenti risultati.

1) Prevalenza dei microorganismi considerati nell'intero periodo dal 1/1/2018 al 30/06/2022:

la maggiore prevalenza osservata nei diversi campioni si ha avuto per *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* (3,78% e 2,59% rispettivamente), mentre la prevalenza più bassa è stata osservata per *T. vaginalis* (0,6%); infatti il numero di campioni risultati positivi per tale organismo è molto inferiore rispetto agli altri tre.

2) Prevalenza dei microorganismi nei sotto-periodi associati alle restrizioni COVID 19:

durante le restrizioni imposte durante la pandemia, la prevalenza di tutti i microorganismi scende da 2,44% a 2,14% per *N.gonorrhoeae*, da 2,07 a 0,94% per *M.genitalium* e da 0,89% a 0,35% per *T. vaginalis*. L'unico che rimane stabile è *C. trachomatis* (da 3,22% a 3,71%).

Nel periodo successivo alle restrizioni da COVID 19 si osservano valori di prevalenza addirittura maggiori rispetto al periodo antecedente per tutti i microorganismi ricercati (da

3,22% a 4,84% per *C.trachomatis*, da 2,44% a 3,23% per *N.gonorrhoeae* e da 2,07% a 2,84% per *M.genitalium* tranne che per *T. vaginalis* che si mantiene costante durante e post-restrizioni (0,35%).

3) Prevalenza dei 4 microorganismi nelle diverse popolazioni considerate dal 1/1/2018 al 30/06/2022

Per quanto riguarda la *C.trachomatis* la maggior prevalenza si è osservata negli ambulatori MST (5,23%), seguita dalla popolazione generale (4,84%), dal reparto di Malattie Infettive (3,87%) e infine da pazienti della Ginecologia/Ostetricia (1,88%).

Per quanto riguarda *N.gonorrhoeae* si è osservato che il reparto di Malattie Infettive ha riportato il più alto tasso di prevalenza (3,85%), seguite dall'ambulatorio MST (3,44%) e infine dalla popolazione generale e dalla Ginecologia/Ostetricia (1,62% e 0,36%).

Anche per *M. genitalium* la percentuale di positivi più alta è stata rilevata nel reparto di Malattie Infettive (2,67%) seguite dalla popolazione generale (2,09%), ambulatorio MST (1,8%) e infine Ginecologia/Ostetricia (1%). Infine *T.vaginalis* è stato riscontrato in meno dell'1% in tutte le popolazioni tranne che in Ginecologia/Ostetricia (1,45%).

Pazienti con infezioni polimicrobiche

Tra i campioni analizzati 82 di essi, ottenuti da 77 pazienti, sono risultati positivi per 2 o più microorganismi contemporaneamente:

- 40/82 (48,8%) campioni presentano co-infezione di *C.trachomatis* e *N.gonorrhoeae*;
- 2/82 (2,44%) presentano co-infezione con *C. trachomatis*, *N.gonorrhoeae* e *M.genitalium*;
- 22/82 (26,8%) di essi presentano co-infezione con *C. trachomatis* e *M.genitalium*;
- 1/82 (1,22%) presenta co-infezione anche con *C. trachomatis*, *M.genitalium*, *T.vaginalis*;
- 4/82 (4,88%) di essi presentano co-infezione *C.trachomatis* e *T.vaginalis*;
- 7/82 (8,53%) presentavano co-infezione *N.gonorrhoeae* e *M.genitalium*;

- 4/82 (4,88%) presentano co-infezione tra *N.gonorrhoeae* e *T.vaginalis*;
- 2/82 (2,44%) Presentano co-infezione *M.genitalium* e *T.vaginalis*.

Alcuni pazienti hanno ricevuto esiti positivi per lo stesso microorganismo in diversi periodi di tempo. Infatti si osserva che:

- in alcuni casi la distanza tra un esame positivo e l'altro è di poche settimane: es pz3 positivo a *C.trachomatis* nel tampone cervicale il 6 e il 24 Luglio 2020; il pz 57 positivo per *T.vaginalis* il 24 Gennaio, il 15 e il 26 Febbraio del 2018;
- in altri la distanza è stata anche di diversi mesi (es pz 40 positivo in campione di urina per *M.genitalium* il 21 Febbraio e il 18 Ottobre 2018).
- Molti pazienti invece hanno presentato campioni positivi per lo stesso microorganismo a distanza di anni (es pz 28 positivo a *N.gonorrhoeae* nel tampone faringeo il 3 Maggio 2018 e il 18 Agosto 2020, oppure il pz 30 positivo per lo stesso microorganismo il 4 Giugno 2017, 1 Marzo 2018, l' 8 Luglio 2019, il 21 Ottobre 2020, e il 6 Aprile 2021)
- Alcuni inoltre presentano uno o più campioni risultati negativi tra un positivo e l'altro. Ad esempio il pz. 48 che, tra 3 campioni urinari positivi per *M.genitalium* di Luglio e Novembre 2019 e Maggio 2021, ne presenta uno negativo nel Settembre 2020.

DISCUSSIONE

Nella UO di Microbiologia della AOUI, a cui fa riferimento questo studio, viene utilizzato per il rilevamento dei ceppi microbici presenti nei campioni genitali e urinari un metodo di Real-Time PCR multiplex con il kit Allplex STI EA della ditta Seegene (South Korea) validato per quanto riguarda la sua sensibilità e la specificità. Il sistema Allplex Seegene ha il vantaggio di rilevare diversi microorganismi in un solo step, permettendo di risparmiare tempo e di scoprire positività per microorganismi che eventualmente il clinico non aveva preso in considerazione.

L'analisi della prevalenza dei più frequenti agenti batterici a trasmissione sessuale in campioni raccolti da

soggetti afferenti alla AOUI di Verona durante gli ultimi quattro anni ha permesso di valutare la epidemiologia locale anche durante il periodo della epidemia di COVID-19 sia nella popolazione generale che in alcune popolazioni a rischio.

Inoltre è stato effettuato un confronto dei valori ottenuti in questo studio con altri studi a livello europeo e mondiale. Bisogna considerare una serie di fattori che possono condizionare il confronto tra le prevalenze per i diversi agenti di ITS ma i valori di prevalenza per *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *M. genitalium* e *T. vaginalis* ritrovati in questo studio sono per lo più simili a quelli riportati in altri studi/sistemi di sorveglianza.

La prevalenza globale negli ultimi quattro anni per *C. trachomatis* trovata nel nostro studio è del 3,78%. Tale dato rispecchia molto la situazione rilevata in Italia dal report dell' ISS del 2022 (3,2%). Da una metanalisi di confronto di diversi studi effettuata nel 2019 è risultato che la prevalenza globale di *C. trachomatis* del 2,9%. In tale studio sono compresi dati di 24 nazioni e il maggior tasso di casi si è visto essere in America, con una prevalenza generale di 4,5%.

Per *N.gonorrhoeae* la prevalenza ottenuta dal nostro studio (2,6%), è ben più alta rispetto a quella riportata dal report annuale dell' ISS del 2022 (0,6%). Da altre analisi che riguardano la popolazione europea riferite al 2019 è risultato che la prevalenza varia dal 0,17 a 6,00% nelle donne e da 0,1 a 6,20% negli uomini. Nel nostro caso il maggiore valore di prevalenza è dovuto all'inclusione nello studio di popolazioni particolarmente a rischio (come gli MSM a cui appartiene la gran parte di campioni provenienti dagli ambulatori delle Malattie Infettive oppure i soggetti afferenti agli ambulatori MTS) che hanno infatti riportato valori di prevalenza più elevati (3,85% Malattie Infettive e 3,44% MST). Una valutazione simile si può fare per *M. genitalium*: in uno studio effettuato in campioni afferenti a un ospedale nel sud Italia è stata rilevata una prevalenza dell'1 % nella popolazione generale.

Considerando invece anche le popolazioni a rischio, la prevalenza risulta essere sempre più alta sia nel nostro studio (2,01% con 0,95% nelle donne e 2,78% negli uomini) che in altri studi in diverse parti del mondo.

Per quanto riguarda i dati riferiti al periodo della pandemia COVID 19, come riportato in letteratura, si riconferma quello che è stato osservato in altre zone, ossia un calo di casi positivi e che questo potrebbe essere imputato delle restrizioni dei movimenti della popolazione in generale e della diminuzione dei contatti sociali e quindi della frequentazione tra partner (casuali e non). Nel periodo successivo alla pandemia, della nostra analisi, si evince un aumento significativo della prevalenza per *N.gonorrhoeae* (da 2,14% a 3,23%) e *M. genitalium* (da 0,94 a 2,84%) e di *C. trachomatis* (da 3,71 a 4,84) mentre rimangono invariati i valori di *T. vaginalis*.

Un ulteriore obiettivo dello studio è stato la ricerca dei casi di infezioni polimicrobiche, un dato utile e reso possibile grazie all'utilizzo del metodo della PCR multiplex. Per quanto riguarda i campioni nei quali sono stati rilevati due o più dei 4 microorganismi considerati è fondamentale ragionare sull'idea che la presenza di un patogeno che causa una ITS possa modificare l'ecosistema della flora batterica genitale (o extra-genitale come nel caso dei siti ano-rettale e faringeo) e favorire la colonizzazione e proliferazione anche da parte di altri patogeni. Nel nostro studio l'associazione più frequente è risultata essere quella tra *C.trachomatis* e *N.gonorrhoeae* (40/82). Tale risultato è compatibile col fatto che, nella popolazione analizzata questi sono le due specie batteriche più frequentemente rilevate. L'utilizzo della PCR multiplex risulta quindi un utile strumento che permette di rilevare infezioni polimicrobiche anche in soggetti asintomatici, permettendo così un trattamento terapeutico più mirato che possa agire sulle due o più specie microbiche coinvolte.

Per quanto riguarda i soggetti inclusi e analizzati in questo studio, poiché si basano solo sui referti microbiologici a noi a disposizione e non disponendo della storia clinica dei

pazienti, non è stato possibile conoscere gli outcome clinici e i risultati del trattamento antibiotico a cui sono stati eventualmente sottoposti. Analizzando nel tempo la loro storia microbiologica per IST, cioè i numeri ed i tempi dei campioni per risultati positivi, in base alle osservazioni effettuate possiamo formulare alcune ipotesi e considerazioni.

Per quanto riguarda i campioni di alcuni pazienti che si ripetono nel tempo come positivi per lo stesso tipo di microorganismo, si può osservare come in alcuni casi i campioni positivi si ritrovano a distanza di qualche settimana o pochi mesi (es pz 3, pz 9 per *C.trachomatis*, pz 29 per *N.gonorrhoeae*, pz 36 per *M.genitalium*, pz 60 per *T.vaginalis*). Si potrebbe quindi ipotizzare che il paziente non abbia seguito adeguatamente lo schema terapeutico proposto oppure che il batterio che ha causato dell'infezione fosse resistente all'antibiotico scelto. Dato il breve periodo di tempo tra un campione positivo e l'altro, è altamente probabile che il ceppo infettante sia lo stesso. In altri casi invece i campioni positivi si registrano a distanza di alcuni mesi o anche di anni (come nel caso dei pz 11 o pz 18 per *C.trachomatis* oppure pz 23 e pz 28 per *N. gonorrhoeae*, pz 43 per *M. genitalium* e pz 58 per *T.vaginalis*).

In questi casi l'ipotesi più probabile è che il soggetto, continuando ad assumere comportamenti sessuali rischiosi, si sia infettato, nel tempo, con ceppi diversi. Lo stesso si può dedurre in coloro che, tra un campione positivo e l'altro hanno avuto dei campioni risultati negativi (come nel caso del pz 1 e pz 4 per *C.trachomatis* o pz 30 per *N.gonorrhoeae*, i pz 31 e pz 44 per *M.genitalium* e il pz 52 per *T.vaginalis*). In questi casi è possibile che il primo ceppo sia stato eradicato da un'efficace terapia antibiotica e che il soggetto si sia re-infettato con un altro ceppo.

In conclusione si può considerare che nella AOUI di Verona la situazione epidemiologica per ITS causate dagli agenti infettivi considerati nello studio sia in generale simile a quella

ritrovata in altre zone dell'Italia e altri paesi europei e non-europei. Bisogna però considerare che in questo studio la popolazione analizzata ha alcuni aspetti particolari come un importante contributo di soggetti MSM (che hanno contribuito ad aumentare i valori di prevalenza soprattutto di *N. gonorrhoeae* e *M.genitalium*) e una bassa affluenza di donne a rischio che potrebbero puntualmente modificare le prevalenze rispetto ad altre situazioni sanitarie.

Appare chiara l'influenza della pandemia da COVID-19 e delle restrizioni ad esso associate nei cambiamenti di prevalenza dei microorganismi analizzati durante i diversi periodi pre-, durante e post pandemia. Tale situazione ha portato ad una diminuzione della prevalenza durante il periodo di restrizioni e ad un aumento successivo con l'allentamento delle misure restrittive nonostante non sia stato rilevato un aumento nella frequentazione dei centri e ambulatori per ITS.

Il ritrovamento di numerosi casi di infezioni polimicrobiche (osservate soprattutto in età giovanile) e l'osservazione dei risultati ottenuti nel tempo in pazienti con almeno due campioni positivi sono risultati interessanti per la valutazione clinica dei pazienti e l'applicazione di un adeguato trattamento antibiotico. L'utilizzo di un sistema di PCR multiplex supporta la valutazione globale dei casi di infezione e facilita il trattamento terapeutico.



Criteri diagnostici del Diabete Mellito gestazionale e outcome

Esperienza monocentrica a Verona nei trienni 2007-2009 e 2016-2018 nelle pazienti di etnia caucasica

LAUREANDA: MARTA ZOCO

TESI DI LAUREA MAGISTRA-
LE A CICLO UNICO IN MEDICINA
E CHIRURGIA - AA 2022-23
(DISCUSSA IL 26 GIUGNO 2023)

RELATORE: PROF. PAOLO MOGHETTI
CORRELATORE: DOTT.SSA FLAVIA TOSI
UOC ENDOCRINOLOGIA,
DIABETOLOGIA E MALATTIE DEL
METABOLISMO, AOUI VERONA

Introduzione

Il diabete gestazionale (GDM) è una complicanza assai comune della gravidanza, con una prevalenza che varia ampiamente nei diversi studi ma che può raggiungere il 20%, in rapporto con le caratteristiche della popolazione esaminata e con il metodo utilizzato per la diagnosi. Il GDM si associa ad aumentato rischio di importanti endpoint sfavorevoli materni e fetali (Figura 1), per la cui prevenzione è importante un attento monitoraggio della patologia con rapidi e incisivi aggiustamenti della terapia ove necessario. Nel prodotto del concepimento, il più comune effetto dell'iperglicemia materna non controllata è un aumento del peso alla nascita, con rischio di macrosomia e delle sue conseguenze.

Il riconoscimento tempestivo del GDM si basa sull'attuazione di test di screening, che in Italia vengono effettuati in presenza di specifici fattori di rischio (Tabella 1), come da indicazione del Sistema Nazionale delle Linee Guida. La scelta dello screening migliore da utilizzare per la diagnosi di GDM è ancora oggetto di dibattito, con incertezze in termini di sensibilità diagnostica, di risorse impiegate e di esiti.

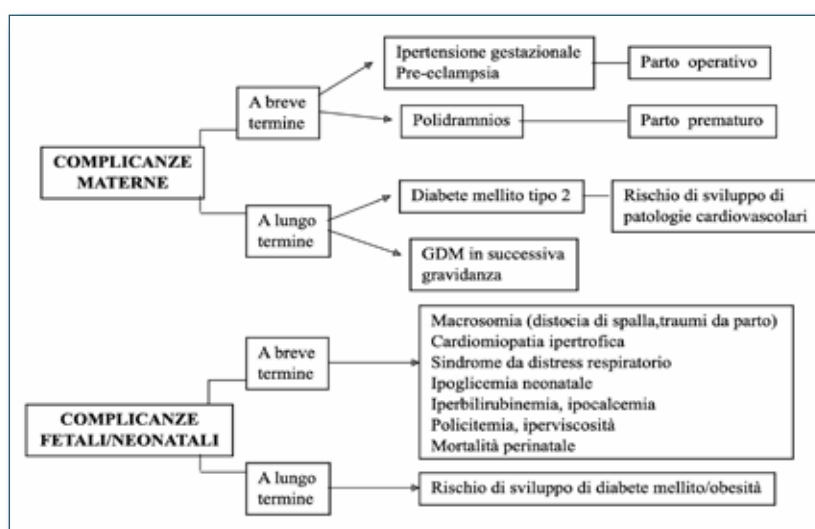


Figura 1 Principali complicanze materne e fetali/neonatali del diabete gestazionale

In Italia, dal 2010, si è passati da un approccio diagnostico a due fasi ad uno ad una sola fase, secondo i criteri IADPSG, con modifica dei cutoff diagnostici (Figura 2). Questo cambiamento ha comportato un aumento sensibile delle diagnosi di diabete gestazionale. Non è chiaro l'impatto clinico concreto di queste differenze in termini di endpoint materni e fetali.

Scopo della tesi

Confrontare l'impatto dei vecchi e dei nuovi criteri diagnostici di GDM adottati in Italia su outcome neonatali e materni. In particolare, sono stati analizzati il peso neonatale espresso come Standard Deviation Score (parametro che tiene conto della settimana del parto, del sesso e dell'ordine di genitura del neonato, rispetto ai dati

Elevato rischio (OGTT 75 g raccomandato a 16-18 settimane)

- obesità (BMI ≥ 30 kg/m²)
- pregresso diabete gestazionale
- glicemia a digiuno 100-125 mg/dl, nella fase iniziale o prima della gravidanza

Moderato rischio (OGTT 75 g raccomandato a 24-28 settimane)

- familiarità positiva per diabete in familiari di primo grado
- macrosomia fetale in gravidanze precedenti
- sovrappeso (BMI ≥ 25 kg/m²)
- età ≥ 35 anni
- etnie a elevato rischio di diabete (Asia meridionale, Medio Oriente, Caraibi, etc)

Tabella 1 Fattori di rischio di diabete gestazionale

CRITERI DI CARPENTER E COUSTAN		
Fase	Test	Criteri diagnostici
Step 1	Minicarico con 50 g di glucosio	Glicemia dopo 1 ora ≥ 140 mg/dL
Step 2	OGTT con 100 g di glucosio La diagnosi richiede due valori alterati	Glicemia basale ≥ 95 mg/dL 1 ora ≥ 180 mg/dL 2 ore ≥ 155 mg/dL 3 ore ≥ 140 mg/dL
Anno 2010		
CRITERI IADPSG		
Fase	Test	Criteri diagnostici
Step 1	OGTT con 75 g di glucosio La diagnosi richiede un valore alterato	Glicemia basale ≥ 92 mg/dL 1 ora ≥ 180 mg/dL 2 ore ≥ 153 mg/dL

Figura 2 Criteri diagnostici di diabete gestazionale in Italia prima e dopo il 2010

della popolazione generale italiana), la prevalenza di bambini grandi (LGA) o piccoli (SGA) per età gestazionale e quella di complicanze fetali e neonatali, nonché la prevalenza di complicanze materne e il rischio di alterazioni della tolleranza glucidica persistenti dopo il parto.

Materiali e metodi

Per avere dei campioni omogenei, sono state incluse nello studio tutte le gravidanze di donne italiane seguite presso l'UOC di Endocrinologia, Diabetologia e Malattie del Metabolismo dell'AOU di Verona in cui il diabete gestazionale è stato diagnosticato nel triennio 2007-2009 (coorte I, n=92), utilizzando i vecchi criteri diagnostici (approccio a due step), o nel triennio 2016-2018 (coorte II, n=288), utilizzando i nuovi criteri diagnostici (approccio a singolo step). Sono stati raccolti dati demografici, anamnestici, obiettivi, biochimici, dei trattamenti effettuati, degli esiti materni e neonatali, della rivalutazione glicemica materna nella fase post-partum e del rischio di alterazioni glicemiche a lungo termine di queste donne.

Risultati

Le due coorti non differivano per età, BMI pregravidico, numero di precedenti gravidanze o aborti. Anche per quanto riguarda l'incremento ponderale e il ricorso alla terapia insulinica nel corso della gravidanza non si sono osservate differenze significative tra le due coorti.

Le donne appartenenti alla coorte II avevano effettuato la prima visita più precocemente rispetto a quelle appartenenti alla coorte I ($27,8 \pm 4,9$ vs $30,8 \pm 4,1$ settimane, $p < 0,001$).

Il peso medio dei neonati era nella norma in entrambe le coorti, ma significativamente più elevato nella coorte I rispetto alla coorte II (3414 ± 501 vs 3248 ± 478 , $p = 0,006$). Questo dato si confermava quando il peso neonatale veniva espresso come valore di SDS (Figura 3).

Inoltre, anche la percentuale di bambini macrosomici (peso > 4000 g) e LGA (peso $> 90^\circ$ centile) risultava diversa fra i due gruppi e superiore nella coorte I (13,4% vs 5,8%, $p = 0,019$; e 23,8% vs 14,1%, $p = 0,034$, rispettivamente), mentre non vi erano differenze per quanto riguarda la frequenza

di neonati SGA (peso $< 10^\circ$ centile). Infine, la percentuale di neonati che hanno richiesto un ricovero in terapia intensiva differiva fra le due coorti, con frequenza più alta nella coorte I rispetto alla coorte II (10,8% vs 3,3%, $p < 0,001$). Non sono state riscontrate differenze significative nelle altre complicanze materne o neonatali tra le due coorti.

Considerando complessivamente le gravidanze della I e della II coorte, sono risultati predittori indipendenti dell'SDS del peso neonatale e del rischio di neonati LGA il BMI pregravidico e l'incremento ponderale materno in gravidanza.

La percentuale di donne che hanno eseguito l'OGTT di riclassificazione post-partum era simile nei due gruppi (62,9% nella coorte I e 72,4 % nella coorte II). La maggior parte delle donne risultava normo-tollerante all'OGTT di riclassificazione, in percentuale simile nelle due coorti, ma il 12,9% dei soggetti della coorte I e il 12,7% di quelli della coorte II presentavano diversi gradi di alterazioni della tolleranza ai carboidrati (alterata glicemia a digiuno e/o alterata tolleranza ai carboidrati o diabete mellito), senza differenze significative tra i due gruppi. Tra le variabili esaminate, ovvero l'età materna, il BMI pregravidico, la familiarità per diabete, un pregresso GDM, l'ultimo valore di HbA1c e il ricorso alla terapia insulinica durante la gravidanza, quest'ultima è risultata l'unico predittore indipendente della persistenza di alterazioni glicemiche dopo il parto.

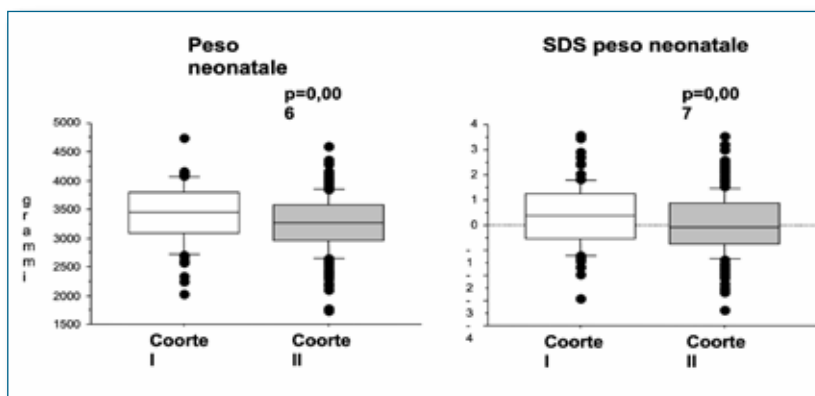


Figura 3 Box plot del peso neonatale e dello Standard Deviation Score (SDS) del peso neonatale nelle due coorti esaminate

Tabella 2. Ambulatorio di Diabete e Gravidanza

UOC Endocrinologia, Diabetologia e Malattie del Metabolismo, AOUI Verona

-Lunedì e Giovedì mattina presso Pad. 22 Ospedale Civile Maggiore (B.go Trento) - Verona
-Mercoledì mattina presso Palazzina Sud, Ospedale Policlinico (B.go Roma) - Verona

Le prenotazioni possono essere effettuate con impegnativa:

-di persona: agli sportelli di Segreteria del Pad. 22 dell'Osp. Civile Maggiore o all'Osp. Policlinico
-telefonticamente: al n.045-812-2362
dal lunedì al giovedì, dalle ore 8 alle ore 17, venerdì dalle ore 8 alle ore 14
-via e-mail: endocrinologia.metabolismo@aovr.veneto.it

Tabella 2 Visita diabetologica in gravidanza

Conclusioni

L'adozione degli attuali criteri diagnostici ha comportato un sostanziale incremento del numero di donne con diagnosi di GDM, con cospicuo aumento del carico assistenziale legato a questa patologia, se si considera che ogni donna riceve in media 5-6 visite diabetologiche dopo tale diagnosi nel corso della gravidanza. Tuttavia, l'attuale approccio diagnostico si è associato a una riduzione signifi-

cativa del peso neonatale e del rischio di neonati grandi per l'età gestazionale, rispetto all'approccio a doppio step utilizzato in precedenza, con una parallela riduzione dei ricoveri dei neonati in terapia intensiva.

Le due modalità diagnostiche non sembrano invece associate a differenze nella prevalenza di alterazioni della tolleranza glucidica materna nella riclassificazione post-partum.

Non sono state rilevate sostanziali differenze nelle altre complicanze materne e neonatali.

I dati raccolti indicano, inoltre, che il primo accesso all'ambulatorio diabetologico delle donne con diagnosi di GDM non è sempre tempestivo come sarebbe auspicabile e che la percentuale di donne che si sottopone all'OGTT di riclassificazione dopo il parto è ancora insufficiente, indicando la persistenza di criticità nella gestione iniziale e nel monitoraggio a lungo termine di questa patologia che possono beneficiare da una migliore integrazione fra territorio e ospedale.

Va tenuto presente che l'invio delle pazienti agli ambulatori dedicati è facilitato dalla possibilità di un accesso diretto con impegnativa, di regola garantito entro 10 giorni dalla richiesta (Tabella 2).

GESTIONE DELLE INFEZIONI DELLE VIE RESPIRATORIE SUPERIORI IN MEDICINA GENERALE IN EPOCA COVID-19

È online sulla piattaforma FadInMed il nuovo corso di formazione a distanza gratuito "Gestione delle infezioni delle vie respiratorie superiori in Medicina Generale in epoca COVID-19" (21,6 crediti ECM).

Realizzato con il contributo del progetto Ampio Spettro, collaborazione scientifica tra l'Istituto Superiore di Sanità e l'Università di Cagliari, analizza le difficoltà affrontate dai Medici di Medicina Generale in seguito al profondo cambiamento che COVID-19 ha portato nelle tradizionali linee di gestione delle infezioni delle alte vie aeree.

Il fatto che COVID-19 si possa manifestare con sintomi e segni molto simili a quelli di un'infezione benigna stagionale o di un'infezione batterica delle alte vie respiratorie ha determinato e determinerà un aumento notevole delle complessità gestionali, dilatando quindi in maniera rilevante l'area di incertezza clinica che i medici dovranno affrontare. L'individuo dovrà essere curato non solo tenendo conto della prognosi individuale ma anche, e forse soprattutto, tenendo conto della necessità di limitare la diffusione epidemica di SARS-CoV-2. Tutto ciò avrà importanti ripercussioni anche sull'organizzazione delle cure primarie e sulla gestione del tempo da dedicare alle varie aree di patologia. Non dimenticando l'altro tema fondamentale nella cura delle infezioni delle prime vie respiratorie e cioè l'uso inappropriato degli antibiotici che porta a un aumento dei ceppi batterici resistenti.

Da queste premesse nasce l'esigenza di un percorso formativo che stimoli ad una migliore appropriatezza prescrittiva e possa, al tempo stesso, aiutare i medici ad aumentare la capacità di diagnosi differenziale tra COVID-19 e altre infezioni delle vie aeree superiori, migliorando in tal modo la capacità del sistema Italia di convivere con il nuovo Coronavirus.

Il corso ID 371199 sarà fruibile online dal 01 gennaio al 31 dicembre 2023.

Alterazioni ormonali in pazienti pediatrici affetti da varicocele

Correlazione con infertilità maschile e nuove indicazioni di trattamento chirurgico

L'infertilità maschile è una condizione da sempre meno studiata e conosciuta rispetto all'infertilità femminile, sebbene si stimi che la causa di infertilità di coppia sia attribuibile esclusivamente a una patologia maschile nel 20-30% dei casi. Il problema dell'infertilità spesso si evidenzia in età adulta, a seguito di test eseguiti in caso di mancato concepimento naturale, quando l'unica strategia attuabile è data dalle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Tra le patologie andrologiche associate ad alterato potenziale fertile, il varicocele rappresenta la principale patologia diagnosticata tra i 10 ed i 16 anni, e rappresenta anche nell'età adulta la principale patologia associata ad alterazione dei parametri seminali.

Il varicocele è una patologia che interessa il sistema venoso del testicolo, caratterizzata da dilatazione anomala, incontinenza e difficoltoso scarico venoso delle vene spermatiche, che hanno il compito di drenare il sangue dal testicolo. La prevalenza della patologia aumenta in età adolescenziale, con picco di prevalenza tra gli 11 e i 19 anni.

Analizzando la dinamica del danno, alla base si hanno reflusso venoso e stasi ematica che causano un aumento della pressione intravenosa. Questi due fattori portano conseguentemente a ristagno di metaboliti tossici, aumento della temperatura scrotale e ipossia. Tutto ciò concorre all'aumento dello stress ossidativo, con l'incremento dei radicali liberi dell'ossigeno (ROS) e la diminuzione concomitante dell'attività antiossidante. Come effetto finale, si sviluppa una progressiva

alterazione del microambiente testicolare, cui seguono anomalie della produzione spermatica, sia in termini qualitativi che in termini quantitativi. Per diagnosticare un quadro di infertilità ci si avvale dell'esame del liquido seminale. Vengono analizzati vari parametri (volume, concentrazione, motilità, vitalità, morfologia), tra questi la concentrazione nemaspermica è il parametro più influente. Al di sotto di 15 milioni/mL di spermatozoi si parla di oligozoospermia, se la quantità di spermatozoi è inferiore a 100.000/mL si parla di criptoospermia. La situazione più grave è la azoospermia, che consiste nella totale assenza di spermatozoi. Problematiche come l'oligoospermia, la criptoospermia e la azoospermia sono strettamente associate a infertilità. Altre alterazioni possono tuttavia comportare il calo della capacità fertile, come ad esempio anomalie cellulari che coinvolgono la testa o la coda, compromettendo la capacità di movimento e quindi di fecondazione dell'ovulo.

Un paziente affetto da varicocele ha dunque un aumentato rischio di infertilità primaria e secondaria, presentando o meno alterazioni dei parametri seminali: il varicocele viene identificato nel 35% degli uomini che presentano infertilità primaria, addirittura nell'80% dei soggetti con infertilità secondaria. Specie in età pediatrica o adolescenziale, ha un notevole impatto sulla crescita testicolare e sulla produzione spermatica. Dai precedenti screening scolastici della provincia di Verona che la nostra Unità Operativa ha svolto dal 2000 (2000, 2010, 2020), emergono alcuni dati importanti: la prevalenza e l'incidenza del varicocele sono in au-

mento, e ad oggi circa il 35-40% degli adolescenti (età compresa tra i 10 ed i 14 anni) è affetto da almeno un grado di varicocele.

Verificata la chiara correlazione tra varicocele e alterazioni del potenziale fertile, secondo le linee guida dell'American Urology Association A.U.A., in accordo con l'European Association of Urology E.A.U., il trattamento del varicocele pediatrico è indicato in caso di:

- 1) varicocele associato a ipotrofia testicolare omolaterale (da confermare in due visite successive a distanza di sei mesi, poiché la crescita asincrona del testicolo può essere responsabile di un'asimmetria temporanea anche in un numero considerevole di adolescenti sani);
- 2) varicocele bilaterale palpabile;
- 3) quadro sintomatologico di dolore presente e importante, presente nel 2-10% dei casi;
- 4) ulteriori condizioni testicolari che influiscono sulla fertilità, come ad esempio una patologia testicolare controlaterale;
- 5) anomalie spermatiche con alterazioni che non riconoscano altre cause eziologiche (per esempio patologie genetiche);
- 6) ragioni estetiche legate al gonfiore scrotale.

Lo scopo del nostro progetto e della nostra linea di ricerca è stato di identificare una nuova indicazione chirurgica in età pediatrica che anticipi l'insorgenza dell'ipotrofia testicolare, indice di danno certo, in attesa anche della valutazione del liquido seminale, non eseguibile in età pre-adolescenziale (non completa maturazione della

spermatogenesi e difficoltà ad eseguire lo spermioγραμμα anche per motivi sociali e medico-legali).

Abbiamo quindi condotto uno studio prospettico con misurazione dell'assetto ormonale (FSH, LH, TT, Estradiolo) nei soggetti con indicazione chirurgica con o in assenza di ipotrofia testicolare. Quando indicato i pazienti hanno eseguito, anche prima dell'intervento, lo spermioγραμμα di controllo.

Nel nostro studio sono stati arruolati oltre 90 pazienti; dall'analisi dei risultati è emerso che, anche in assenza di ipotrofia testicolare, possono essere riscontrate anomalie seminali ed ormonali non trascurabili. Di fatto, si è dimostrato che alcuni pazienti con volume testicolare normale, presentavano alterazioni di motilità e vitalità degli spermatozoi in relazione ai livelli di FSH: livelli di FSH superiori ad una

certa soglia si associavano a ridotta quantità e motilità degli spermatozoi. Indipendentemente dalla presenza di ipotrofia, quindi, si possono verificare alterazioni seminali anche con valori di FSH ancora nei range di normalità (1.5-12.4 mUI/mL). Statisticamente quindi, in presenza di valori di FSH superiori ad una certa soglia, è ragionevole ipotizzare che siano presenti alterazioni seminali in pazienti pediatrico-adolescenziali che non hanno ancora eseguito lo spermioγραμμα, per le motivazioni sopra riportate (medico-legali ed etiche).

Il nostro progetto di ricerca ha dimostrato, inoltre, che le alterazioni dei parametri seminali e dei valori ormonali risultano normalizzarsi a seguito dell'intervento chirurgico, ciò depone a favore del fatto che sia necessario l'intervento chirurgico di varicocele-tomia per prevenire alterazioni del potenziale fertile.

In base ai risultati del nostro studio è possibile concludere che nei casi pediatrico-adolescenziali, oltre alla presenza di ipotrofia testicolare, una nuova indicazione chirurgica potrebbe essere, in attesa di eseguire uno spermioγραμμα, la presenza di valori elevati di FSH seppur all'interno del range di normalità.

TESISTA: SOFIA GIROLAMETTO

RELATORE: PROF FRANCESCO
SAVERIO CAMOGLIO, DIPARTIMENTO
DI INGEGNERIA PER LA MEDICINA
DI INNOVAZIONE, DIRETTORE U.O.C.
DI CHIRURGIA PEDIATRICA

CO- RELATORE: PROF NICOLA ZAMPIERI,
DIPARTIMENTO DI INGEGNERIA
PER LA MEDICINA DI INNOVAZIONE,
U.O.C. DI CHIRURGIA PEDIATRICA

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.

Studio *in vitro* delle proprietà antiossidanti del PRP su cellule di pazienti pediatrici con patologia andrologica

Il criptorchidismo e la torsione testicolare sono due patologie dell'età pediatrica con un importante impatto sulla fertilità futura dei pazienti che ne sono colpiti. Il danno molecolare principale alla base della disfunzione delle cellule testicolari è arrecato per lo più dall'accumulo di specie reattive dell'ossigeno (ROS). Al momento, il *gold standard* di trattamento è rappresentato dalla sola chirurgia, che però non riesce a garantire in tutti i casi un risultato ottimale in termini di fertilità, sottolineando la necessità di identificare terapie adiuvanti efficaci. Sebbene per il criptorchidismo siano state proposte e vengano tuttora utilizzate terapie ormonali adiuvanti capaci di migliorare la qualità testicolare post intervento, la vera sfida "chirurgica" è recuperare dal punto di vista funzionale la gonade torta. La storia naturale a lungo termine di entrambe le patologie è complessa e poco chiara; la letteratura sono presenti diversi studi che associano queste patologie ad aumentato rischio di degenerazione tumorale, ad alterazione funzionale, ad alterazione della spermatogenesi e ad alterazioni della sfera sessuale (disfunzione erettile, eiaculazione precoce).

Se per il criptorchidismo, la letteratura sta cambiando in favore di un netto miglioramento dei risultati a lungo termine soprattutto secondario ad un più precoce intervento chirurgico (oggi il *gold standard* di trattamento), poco ancora si conosce sulla torsione del testicolo. La nostra esperienza, soprattutto in ambito di ricerca e di follow-up nell'ambulatorio di andrologia pediatrica, dimostra che a lungo termine (15 anni dall'intervento), i testicoli torti che vengono conservati all'intervento (derotazione chirurgica e fissazione allo scroto) risultano essere più piccoli dei controllati, disomogenei all'ecografia, con presenza di calcificazioni, e spesso as-

sociati ad alterazioni ormonali e seminali (effetto crociato delle patologie testicolari). Lo scopo principale dell'intervento chirurgico precoce e l'utilizzo di nuove terapie adiuvanti è fondamentale per provare a creare una nuova via di recupero della gonade.

A tale scopo, abbiamo studiato l'effetto pro-proliferativo e antiossidante del PRP (*platelet-rich plasma*). Si tratta un prodotto emoderivato autologo, ottenuto dalla centrifugazione differenziale del sangue intero, economico da produrre e sicuro. Essendo il PRP, infatti, un emoderivato autologo, può essere utilizzato con una sicurezza maggiore rispetto ad altri farmaci, per il rischio minore di reazioni immunitarie quando viene inoculato. Presenta spiccate proprietà pro-proliferative, immunomodulanti e antiossidanti. Le proprietà proliferative sono garantite dalla presenza negli α -granuli delle piastrine di fattori di crescita, come VEGF, PDGF, FGF, EGF, IGF. La modulazione della risposta immunitaria si ha con il rilascio di citochine, come TGF- β , IL-1- β , IL-6 e IL-8. In virtù di queste proprietà, il PRP è da tempo utilizzato in medicina rigenerativa, con applicazioni in ambito ortopedico, dermatologico e odontoiatrico. Lo scopo dello studio è stato, quindi, la valutazione della capacità del PRP d'indurre la proliferazione e di ridurre lo stato ossidativo di cellule di pazienti colpiti da criptorchidismo o torsione testicolare coltivate e trattate *in vitro*. Tramite l'utilizzo di una sonda (DCF-DA) abbiamo valutato lo stato ossidativo delle cellule trattate con PRP per 24 ore rispetto ai controlli, sia in condizioni di normossia sia di ipossia, normalizzando i valori sulla proliferazione cellulare ottenuta con saggio al cristal violetto. Abbiamo evidenziato nella maggioranza dei casi una riduzione statisticamente signifi-

cativa delle ROS nelle cellule trattate con PRP rispetto ai controlli, mentre la proliferazione è risultata aumentata in una minoranza di casi. Questi risultati indicano che il PRP abbia un effetto antiossidante sulle cellule testicolari di pazienti colpiti da patologia andrologica pediatrica, suggerendo che in futuro esso possa diventare un'importante terapia adiuvante nella torsione testicolare e nel criptorchidismo. Il punto di forza della nostra linea di ricerca andrologica è la stretta collaborazione con i diversi Dipartimenti che studiano la cellula, il suo metabolismo e la sua biochimica; studiare *in vitro* queste patologie, gli effetti sul parenchima testicolare e l'innovazione terapeutica adiuvante, permette poi di modificare la propria pratica clinica generando sempre migliori risultati clinici a breve e lungo termine. L'utilizzo ed i risultati ottenuti *in vitro* con il prp sono incoraggianti e aprono nuove frontiere terapeutiche.

A corollario dei risultati del PRP, abbiamo analizzato tramite proteomica i livelli delle principali proteine regolate nei tessuti testicolari di pazienti con torsione acuta del testicolo rispetto al tessuto di un gruppo controllo. Da questa analisi sono emerse importanti proteine sovra o sotto espresse che possono rappresentare dei marcatori di danno e disfunzionalità testicolare, con un'importante futura applicazione clinica.

TESISTA: NICOLA RINALDI

RELATORE: PROF NICOLA ZAMPIERI,
DIPARTIMENTO DI INGEGNERIA
PER LA MEDICINA DI INNOVAZIONE,
U.O.C. DI CHIRURGIA PEDIATRICA
CO-RELATORE: PROF.SSA ILARIA DANDO,
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE,
BIOMEDICINA E MOVIMENTO

Danno erariale posto a carico di un sanitario per oltre 236.000,00 euro

Una paziente di 82 anni, già affetta da cardiopatia fibrillante, in terapia con anticoagulanti orali e ipertensione arteriosa accede presso il Pronto Soccorso di un ospedale per "episodio influenzale con vomito, senza febbre, inappetenza, episodio ripetuto in stato confusionale".

All'accesso nosocomiale, gli esami ematochimici documentano un incremento della creatinina e delle transaminasi, con tempo di protrombina INR ("International Normalized Ratio") pari a 2,2, all'interno dei range terapeutici per la patologia da cui è affetta la paziente (cardiopatia fibrillante).

Successivamente la donna viene ricoverata presso il reparto di chirurgia del medesimo ospedale e gli esami ematochimici documentano un tempo protrombinico INR variabile, in relazione al quale viene somministrata terapia con anticoagulanti orali. Quando viene dimessa la paziente presenta valori di INR pari a 3,64 e, nonostante ciò, le viene prescrit-

ta terapia con un anticoagulante in una posologia raddoppiata rispetto a quanto previsto per il trattamento della cardiopatia fibrillante nel caso specifico.

Al controllo effettuato il 28.02.2012 viene rilevato un valore di protrombina INR di 5,17 ma la terapia non viene sospesa; in data 02.03.2012 viene accertato un valore di INR 11,29. Il rischio emorragico derivante da tale sovradosaggio si concretizza il 07.03.2012, quando viene diagnosticato un ematoma epidurale cervico-dorsale spontaneo produttivo, per effetto compressivo sul midollo spinale, di tetraplegia. Successivamente il quadro clinico si aggrava ulteriormente e la paziente decede il 20.06.2012 nell'ospedale dove era stata ricoverata in seguito all'insorgenza di una grave emorragia.

I congiunti della paziente **chiedono alla competente Asl il risarcimento dei danni** subiti dall'interessata e da loro e, dopo una CTU preventiva disposta ex art. 696 cpc dal Tribuna-

le su loro ricorso, viene stipulata una ragionevole transazione con pagamento nell'ottobre 2016 della somma di **euro 255.000,00** in loro favore. L'importo in oggetto rimane **a carico dell'Asl perché inferiore alla franchigia** inserita nel contratto di assicurazione e quindi **viene effettuata una segnalazione alla Procura della Corte dei Conti** che, espletati gli incombenti di rito, **cita in giudizio il medico** che aveva effettuato i due controlli sopra indicati sottolineando che la responsabilità erariale del predetto sanitario emergeva in modo chiaro dalla richiamata CTU.

La Corte dei Conti, sezione giurisdizionale per la Regione Veneto, con la recente **sentenza n. 27/2023, depositata il 02.05.23**, nella contumacia del medico convenuto, **lo condanna al pagamento della somma di euro 236.385,00** ritenendo sussistente, alla luce della CTU espletata in sede civile, la **sua colpa grave** avendo prescritto un programma terapeutico del tutto incongruo e irrazionale che aveva ulteriormente compromesso in tempi rapidi le condizioni di salute della paziente sino agli esiti fatali già descritti.

Nel quantificare la predetta somma in misura minore di quanto richiesto dalla Procura, la Corte ha tenuto conto anche del negligente comportamento tenuto dagli altri sanitari prima dei fatali controlli effettuati dal convenuto, il cui comportamento causale viene ritenuto comunque prevalente.

Autonomia dell'accertamento dell'illecito di natura solo civile

La Suprema Corte **terza sezione civile**, con la recente **sentenza n. 368/2023, depositata il giorno 03.02.23**, ha affermato i seguenti principi di diritto.

Nell'ipotesi in cui il giudice venga chiamato ad accertare **la responsabilità civile in capo a un soggetto già sottoposto per il medesimo fatto a procedimento penale**

conclusosi con una statuizione diversa dalla condanna, l'accertamento sull'illecito civile è assolutamente autonomo e non risente dell'esito del diverso accertamento

già compiuto (e ormai definito) **sull'illecito penale**.

L'autonomia dell'accertamento dell'illecito civile rispetto a quello penale è imposta, in primo luogo, dalla necessità di rispettare il diritto alla presunzione di innocenza in tutti i casi in cui l'accertamento della responsabilità penale ha avuto esito negativo e il processo penale sia esitato in una decisione diversa dalla sentenza di condanna, sia essa di assoluzione che di non doversi procedere.

L'esigenza di accertamento dell'illecito civile quale illecito distinto da quello penale trova fondamento, in secondo luogo, nei caratteri di ontologica autonomia e nei presupposti di specificità che esso presenta, quale illecito avente struttura oggettiva

e soggettiva distinta rispetto all'illecito penale.

Il giudice pertanto dovrà accertare se la condotta contestata sia stata idonea a provocare un "danno ingiusto" secondo l'art. 2043 cod. civ. e cioè se, nei suoi effetti sfavorevoli al danneggiato, essa si sia tradotta nella lesione di una situazione giuridica soggettiva civilmente sanzionabile con il risarcimento del danno.

Quanto al **"nesso causale"**, il giudice non deve accertare la causalità penalistica che lega la condotta (azione od omissione) all'evento (e che non è richiesta nei reati di pura condotta), **ma deve distinguere la causalità materiale (la relazione di causalità tra il fatto e l'evento dannoso, da accertarsi secondo il criterio del-**

la "probabilità prevalente") dalla causalità giuridica (la relazione di causalità tra l'evento dannoso e le conseguenze patrimoniali o non patrimoniali risarcibili).

Con riguardo all'aspetto "soggettivo" dell'illecito, il giudice non deve accertare l'elemento volitivo richiesto ai fini dell'integrazione del reato ma qualsivoglia degli elementi (dolo o colpa) dell'azione od omissione che qualificano sul piano psicologico la condotta illecita, salvo i casi di responsabilità cd. oggettiva.

A CURA DI SERGIO FUCCI - GIURISTA
E BIOETICISTA, GIÀ CONSIGLIERE
PRESSO LA CORTE D'APPELLO DI
MILANO E MAGISTRATO TRIBUTARIO

La chirurgia generale è affine alla chirurgia vascolare

La Corte d'Appello conferma la sentenza di primo grado che aveva respinto la domanda di un chirurgo vascolare che, lamentando di essere stato demansionato perché adibito a un reparto di chirurgia generale, aveva chiesto la condanna del datore di lavoro ad adibirlo a mansioni corrispondenti alla sua qualifica e specializzazione, oltre al risarcimento del danno conseguente alla dequalificazione da lui subita in ragione dello svuotamento della sezione di chirurgia vascolare, aggregata alla chirurgia generale.

Il giudice di secondo grado osserva che in realtà il medico aveva continuato a svolgere l'attività chirurgica

vascolare sebbene in misura ridotta rispetto al passato, in quanto adibito anche a interventi di chirurgia generale e che, non essendo sindacabile la scelta organizzativa datoriale di dare meno impulso alla chirurgia vascolare, è insussistente una violazione dell'art. 52 d.lgs. 165/2001 che regola l'esercizio dello *ius variandi* rispetto alle mansioni da fare svolgere al dipendente. La Corte di Cassazione con ordinanza n. 8561/22 respingeva il ricorso del chirurgo, confermando la sentenza d'appello.

L'interessato non soddisfatto della decisione presenta un ricorso per revocazione avverso la predetta ordinanza, sostenendo che la Corte era

incorsa in un errore di percezione relativo a un dato di fatto incontestabile, risultando dal decreto del Ministero della Sanità del 31.01.2008 che l'attività di chirurgia vascolare non è affine a quella di chirurgia generale.

La **Corte di Cassazione, sezione lavoro**, con la recente **ordinanza n. 12715/2023, depositata il 10.05.23**, dichiara inammissibile il ricorso e condanna il chirurgo al pagamento delle spese di lite.

Afferma, in particolare, la Suprema Corte che non sussiste l'invocato errore perché lo *ius variandi* datoriale è stato ritenuto giustificato perché esercitato entro i limiti della *"contiguità professionale"* alla luce del punto 7 del citato decreto ministeriale ove si legge testualmente che la chirurgia generale è una disciplina affine alla chirurgia vascolare.

A CURA DI SERGIO FUCCI - GIURISTA
E BIOETICISTA, GIÀ CONSIGLIERE
PRESSO LA CORTE D'APPELLO DI
MILANO E MAGISTRATO TRIBUTARIO

I padri veronesi della medicina. Rassegna storico-etica

Nel cuore e nel territorio di Verona, dove storia, scienza ed etica si fondono in un indissolubile intreccio, emergono figure di medici che, oltre ad aver segnato epoche e contribuito all'evoluzione della pratica clinica, hanno incarnato principi etici e deontologici.

Questa rassegna storica celebra i padri veronesi della medicina, mettendo in luce non solo il loro apporto scientifico, ma anche l'impronta etica che hanno lasciato nella città scaligera.

A ogni contributo una storia, una vita, un'eredità professionale e intellettuale.

CURATORI

Sara Patuzzo

Dopo aver conseguito la laurea in Filosofia a Verona, ha perfezionato i suoi studi ottenendo un Dottorato di ricerca in Bioetica presso l'Università di Torino.

Ha collaborato strettamente con gli OMCeO di Modena e Rimini, dove ha partecipato alla costituzione delle Scuole di Etica medica e Bioetica, nonché a livello nazionale con la FNOMCeO quale componente esperto della Consulta Deontologica, contribuendo alla stesura dell'attuale Codice di deontologia medica.

Le sue principali aree di indagine vertono quindi sull'Etica e la Deontologia medica, esplorate nella loro evoluzione storica e interpretate alla luce dei principi filosofico-morali al fine di operare riflessioni sulle questioni contemporanee della Bioetica, con particolare attenzione alle tematiche legate al fine vita.

Il suo impegno accademico l'ha portata oggi a ricoprire il ruolo di Ricercatrice in Storia della Medicina e Bioetica presso il Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Odontostomatologiche e Materno-infantili dell'Università di Verona.

Nicolò Nicoli Aldini

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna, ha svolto la propria attività dapprima in ambito clinico e successivamente nel settore della ricerca preclinica con indirizzo chirurgico.

Nell'ambito della Storia e della Medicina e delle Medical Humanities ha ricoperto incarichi di insegnamento a contratto presso gli Atenei di Verona, Bologna e ultimamente Perugia.

Suoi campi principali di interesse sono la Storia delle scienze anatomiche e della chirurgia, la Storia dell'assistenza ospedaliera, la Museologia medica e le malattie legate a condizioni di disagio sociale (fenomeni migratori dal passato al presente).

Come collaboratore alla ricerca presso il Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Odontostomatologiche e Materno-Infantili dell'Università di Verona partecipa alle attività scientifiche e didattiche della cattedra di Storia della medicina.

Giuseppe Cervetto e il ruolo di Verona nella Storia della medicina

Dott.ssa Sara Patuzzo,

Dott. Nicolò Nicoli Aldini

Cattedra di Storia della medicina

Dipartimento di Scienze chirurgiche,
odontostomatologiche e materno-infantili
Università degli Studi di Verona

Giuseppe Cervetto (1807-1865) rappresenta una di quelle figure poco note, o addirittura dimenticate, la cui riscoperta completa e arricchisce il panorama storico e culturale del pro-

prio contesto locale. Medico di formazione pratica, Cervetto si dedica anche allo studio e all'approfondimento di argomenti storici inerenti alla medicina, raggiungendo nel suo tempo una notorietà che lo porta a ricoprire, seppure per un breve periodo, la cattedra universitaria prima a Bologna e poi a Messina. Comunque legato a Verona, sua città di origine, si dedica con impegno a ritracciare la vita e le opere dei protagonisti della città scaligera, valorizzandone così il pa-

trimonio storico-medico. Proprio per tale ragione, Cervetto può costituire un punto di partenza per un percorso di riscoperta biografica di quanti nel passato, per avervi svolto la propria attività o anche semplicemente per nascita, hanno legato il proprio nome all'arte medica nella terra veronese.

Giuseppe Cervetto nasce dunque a Verona il 16 luglio 1807 da una famiglia di origini ebraiche di modeste condizioni. Compiuti i primi studi nella città

natale, nel 1830 consegue la laurea in Medicina all'Università di Padova con una tesi dedicata alle carie ossee vertebrali⁽¹⁾. La carriera di Cervetto inizia come medico a Verona presso la Pia Opera Israelitica e lo Spedale Civico, dove ha modo di seguire Tommaso Gugerotti e Gian Battista del Bene⁽²⁾ e dove in seguito diventerà medico primario⁽³⁾. Dalle sue opere emergono spesso notizie utili a tracciarne la biografia. Ad esempio, all'interno dei "Cenni per una storia dei medici veronesi e del loro antico collegio", Cervetto si qualifica nel 1834 come «Dottore in Medicina e Chirurgia - Maestro in Ostetricia e Oculistica e Medico del Civico Spedale»⁽⁴⁾. Successivamente sembra rivolgersi all'attività professionale privata, come traspare dall'elogio da lui pronunciato in ricordo del collega Mario Cuzzi⁽⁵⁾ e dalla memoria clinica del 1836 "Singolare Storia di Aracnoidite con Nevrosi"⁽⁶⁾, nella quale non indica alcuna precisa qualifica di appartenenza. Ma un mutamento nei suoi incarichi avviene almeno 3 anni più tardi quando, nel frontespizio dello studio dedicato al medico e umanista Giovanni Battista da Monte (detto "Montano"), risulta «già medico del Civico Spedale e della P.O. di Carità».

Nel 1854, per motivi verosimilmente di carattere familiare⁽⁷⁾, Cervetto si trasferisce da Verona a Brescia, dove prosegue sia la sua attività clinica, sia il suo impegno di studioso. Infatti, nello stesso anno del suo trasferimento nella città lombarda pubblica un'edizione ampliata di un'opera del 1842 che aveva dedicato agli anatomici italiani del Quattrocento⁽⁸⁾. Nel 1859 risulta ancora iscritto nei ruoli dei medici della provincia di Brescia, in particolare in qualità di Direttore dello stabilimento balneo-sanitario Schivardi a San Benedetto, come si può rilevare da una sua pubblicazione del 1857⁽⁹⁾. Inoltre, a partire dal 1859 è membro corrispondente dell'Ateneo di Brescia, già Accademia di Scienze, Lettere, Agricoltura e Arti del Dipartimento del Mella. Oltre ai titoli fin qui citati, nel repertorio bibliografico di Cervetto risultano vari scritti di carattere clinico su casi di alienazione mentale⁽¹⁰⁾, questioni dibattute in campo terapeutico⁽¹¹⁾ e in materia di patologie della colonna vertebrale⁽¹²⁾.

Parallelamente alla sfera clinica, Cervetto nutre uno speciale interesse per la storia della medicina, un indirizzo culturale che coltiva sin dagli studi universitari a Padova, dove assiste

alle lezioni di Storia e Letteratura della medicina tenute da Giuseppe Montesanto, docente di Clinica e Direttore dell'Ospedale cittadino⁽¹³⁾. Mosso dal desiderio di «rivendicare alla Patria le glorie che gli storici forestieri dimenticavano o maltrattavano»⁽¹⁴⁾, Cervetto concretizza la sua predilezione per gli studi storico-medici attraverso la stesura di numerose pubblicazioni. Tra queste, nel 1839 vede la luce un'opera dal taglio spiccatamente biografico, accompagnata da un vasto apparato documentario, dedicata al già citato Giovanni Battista da Monte⁽¹⁵⁾.

Il forte coinvolgimento di Cervetto nel clima culturale e politico italiano durante il periodo risorgimentale è confermato dalla sua ripetuta partecipazione ai congressi (riunioni) degli Scienziati Italiani che, con cadenza annuale dal 1839 al 1847, hanno luogo in varie città della penisola⁽¹⁶⁾. Questi raduni rappresentano un'importante e stimolante occasione per gli scienziati dell'epoca, testimoniando l'esistenza di una cultura italiana unificata nello spirito dell'identità nazionale. Nel 1840 durante il secondo incontro a Torino (dopo il primo a Pisa nel 1839), Cervetto presenta la sua opera "Cenni per una nuova storia delle scienze me-

(1) Cervetto G., "Historiae duae de Spondylarthrocace dorsali Medico-Chirurgica Disceptatio", Valentini Crescini, Padova 1830.

(2) Ferrari G., "L'origine della storia della medicina in Italia. Il veronese Giuseppe Cervetto". Accademia di Agricoltura Scienze e Lettere di Verona, Atti e Memorie, CLXXXVIII, 2019, pp. 37-55.

(3) Massalongo R., "Un illustre medico veronese dimenticato. Giuseppe Cervetto (1808-1865)". Accademia di Agricoltura Scienze e Lettere di Verona, Atti e Memorie, IV (XX), 1918, pp. 101-103.

(4) Cervetto G., "Cenni per una storia dei medici veronesi e del loro antico Collegio", Antonelli, Verona 1834.

(5) Cervetto G., "Discorso funebre in morte del dottor Mario Cuzzi, medico veronese", Giornale di scienze lettere ed arti, Poligrafo 1836, tomo I, pp. 216-220.

(6) Cervetto G., "Singolare storia di aracnoidite con nevrosi", Antonelli, Verona 1837.

(7) Ferrari G., "L'origine della Storia della medicina in Italia. Il veronese Giuseppe Cervetto", op. cit., p. 47.

(8) Cervetto G., "Di alcuni illustri anatomici italiani del decimoquinto secolo. Indagini per servire alla storia della scienza", Antonelli, Verona 1842.

(9) Cervetto G., "Su lo Stabilimento idroiatrico di Trento", Gazzetta medica italiana - Lombardia, serie 4, tomo 2 (18), Tip. Chiusi, Milano 1857, pp. 148-150.

(10) Cervetto G., "Di alcuni casi di alienazione mentale e loro trattamento", Antonelli, Verona 1835.

(11) Cervetto G., "Giudizio sopra una memoria del dottore Carlo Louis", Antonelli, Verona 1835.

(12) Cervetto G., "Di alcuni casi di grave morbo vertebrale - Memoria", Annali universali di medicina, Milano gennaio 1839.

(13) Ferrari G., "L'origine della Storia della medicina in Italia. Il veronese Giuseppe Cervetto", op. cit., p. 41.

(14) Massalongo R., "Un illustre medico veronese dimenticato. Giuseppe Cervetto (1808-1865)", op. cit., p. 102.

(15) Cervetto G., "Di Giambatista Da Monte e della medicina italiana nel secolo XVI", Antonelli, Verona 1839.

(16) Cervetto G., "Le riunioni degli scienziati italiani. Memoria di Giuseppe Cervetto, Professore di Storia della medicina nella r. Università di Bologna, letta all'Accademia delle Scienze dell'Istituto il 20 dicembre 1860", Tipi di Giuseppe Vitali alle Scienze, Bologna 1861.

diche”, che intende delineare i principi della sua proposta storiografica⁽¹⁷⁾, alla quale aggiungerà due “Appendici”, pubblicate Verona rispettivamente nel 1842⁽¹⁸⁾ e nel 1843⁽¹⁹⁾.

Nel corso di alcuni decenni l’attiva partecipazione ai convegni e la produzione scientifica originale consentono a Cervetto di acquisire una notevole visibilità all’interno del panorama medico e intellettuale del tempo, ponendo le premesse per la sua nomina universitaria. Nel 1860 arriva infatti a ricoprire il ruolo di Professore di Storia delle Scienze mediche presso l’Università di Bologna, rispetto al quale egli stesso scrive: «Sua Eccellenza il Conte Terenzio Mamiani della Rovere, con gentile lettera 13 luglio 1860, interpellavami a Brescia su tale onorevole incarico, che dietro risposta affermativa, venivami deferito con decreto del giorno 18 del mese stesso»⁽²⁰⁾. L’incarico universitario è conseguente alle nuove disposizioni introdotte dal D. L. Farini dell’8 marzo 1860⁽²¹⁾, che prevede l’istituzione di una cattedra per l’insegnamento obbligatorio di Storia delle Scienze mediche da tenersi al sesto anno di corso per gli studenti di medicina, oltretutto di veterinaria. Ma il 23 marzo 1861, con la caduta del terzo Governo Cavour, ultimo del Regno di Sardegna, termina anche l’incarico di Ministro della Pubblica Istruzione per Terenzio Mamiani (1779/1885) e nel neonato Regno d’Italia il nuovo (quarto) Governo Cavour assegna lo stesso Ministero a Francesco de Sanctis (1817/1883). Il nuovo ministro, che in più occasioni aveva manifestato

ostilità nei confronti di Cervetto, decide di sostituirlo nella cattedra con Angelo Camillo De Meis (1817/891), medico di origine abruzzese con un forte interesse per gli studi filosofici, con il quale aveva in precedenza intrattenuto stretti rapporti di collaborazione. De Meis terrà la cattedra a Bologna fino alla sua morte, avvenuta nel 1891⁽²²⁾. Nel 1863 Cervetto viene però chiamato all’Università di Messina per un incarico accademico che accetta sia per la rapida conclusione del suo rapporto con l’Università di Bologna⁽²³⁾, sia perché in cerca di una residenza climaticamente più favorevole alle sue ormai precarie condizioni di salute, causate da una patologia a decorso cronico e progressivo (forse tubercolosi). Tuttavia la permanenza a Messina, sulla quale comunque si hanno poche informazioni disponibili, non porta gli effetti sperati sulla salute di Cervetto. Infatti, una volta lasciata la Sicilia, il 10 settembre 1865 muore a Padova durante il viaggio di ritorno verso la città di origine, Verona.

Come menzionato, nella sua vita Cervetto svolge un significativo ruolo clinico, contribuendo anche alla dimensione didattica universitaria. Ma questo medico veronese merita *in primis* di essere ricordato per gli studi condotti nella Storia della medicina. Convinto sostenitore del metodo biografico nella ricostruzione storica, si dedica con passione alla raccolta e alla descrizione delle notizie, delle opere e del contesto di vita dei medici del passato. Nell’intento di redigere una “nuova” storia medica, Cervetto menziona con

cura la città di Bologna dove, come ricordato, soggiorna per un periodo, che descrive come «perno scientifico», «forse la più ricca di tutte in patrimonio materiale e scientifico», sede di trofei per l’istruzione con le sue 65 cattedre universitarie: «troppa storia sancisce la mondiale antonomasia del Bononia *docet*»⁽²⁴⁾.

Ma comunque è a Verona, sua città natale, che dedica i maggiori lustri, ricordando la sua «aere vivificante delle colline del piano e de’ monti, la balsamica freschezza dei giardini, le pittoresche scene, le nostre vedute»⁽²⁵⁾. *Unum est inespugnabile munimentum amor Civium*, (“L’amore dei cittadini è un baluardo inespugnabile”), scrive citando Seneca⁽²⁶⁾. Secondo Cervetto concentrare la propria attenzione storica su Verona è specialmente importante perché ci permette di implementare in modo significativo la ricostruzione del passato della medicina. Verona infatti è stata la fonte di ispirazione di idee sublimi in campo medico, un fertile suolo ricco di gloriosi tesori e patrimoni grazie all’opera di tutti quei benemeriti medici che hanno fatto risuonare il nome della città nei loro spostamenti sia in Italia, sia nel resto d’Europa. «Illustri trapassati» che a Verona «coltivarono, insegnarono e scrissero di cose mediche e filosofiche»⁽²⁷⁾. La filosofia, «figlia del cielo», è la madre di tutte le scienze, quindi anche della medicina, con la quale «*Homines ad Deos accedunt*» (“gli uomini si avvicinano agli Dei”), secondo «la sentenza del vecchio di Coe che paragonava agli Iddii quel

(17) Cervetto G., “Cenni per una nuova storia delle scienze mediche”, Antonelli, Verona 1841.

(18) Cervetto G., “Appendice ai Cenni per una nuova storia delle scienze mediche”, Antonelli, Verona 1842.

(19) Cervetto G., “Altra appendice ai Cenni per una nuova storia delle scienze mediche”, Tip. Poligrafica di G. Antonelli, Verona 1843.

(20) Cervetto G., “Prelezione al nuovo corso di Storia delle scienze mediche letta il 27 novembre 1860”, Tipi di Giuseppe Vitali alle Scienze, Bologna 1861.

(21) Simeoni L., “Storia della Università di Bologna” vol. II, L’Età Moderna, Zanichelli, Bologna 1947.

(22) Ferrari G., “L’origine della Storia della medicina in Italia. Il veronese Giuseppe Cervetto”, op. cit., pp. 50-52.

(23) Massalongo R., “Un illustre medico veronese dimenticato. Giuseppe Cervetto (1808-1865)”, op. cit., p. 103. Taccari E., “Giuseppe Cervetto”, in “Dizionario Biografico degli Italiani”, vol. 24, Treccani 1980. https://www.treccani.it/enciclopedia/giuseppe-cervetto_Dizionario-Biografico/

(24) Cervetto G., “Le riunioni degli scienziati italiani. Memoria di Giuseppe Cervetto, Professore di Storia della medicina nella R. Università di Bologna, letta all’Accademia delle Scienze dell’Istituto il 20 dicembre 1860”, op. cit., p. 17.

(25) Cervetto G., “Cenni per una storia dei medici veronesi e del loro antico collegio”, op. cit., p. 5.

(26) Ivi, Incipit.

(27) Ivi, p. 5.

medico che è filosofo». Così come il medico è filosofo, osserva Cervetto, «il cammino dell'arte salutare» è anche «storia della filosofia medica» o «jatro-filosofia», ovvero di quelle «indispensabili varie teoriche e i sistemi», che mostrano «la reciprocità di dipendenza e la colleganza dell'arte nostra colle altre scienze, e più colla filosofia e la civiltà». Proprio il legame inscindibile tra medicina e filosofia, che Cervetto riconosce ed esplicita, da una parte diventa cifra rappresentativa dell'intera storia dei medici e della scienza medica, la cui dimensione umanistica rivela la vita dell'uomo come al tempo stesso autrice, mezzo e scopo; evidenza tecnica e arte creativa; atto e relazione. Dall'altra tale virtuoso intreccio medico-filosofico si mostra come precipua chiave di lettura delle memorie mediche custodite a Verona.

Questa città infatti può vantare di essere tra le prime «dove pubblicamente si insegnasse colla filosofia la medicina»⁽²⁸⁾, come testimoniano le scuole risalenti all'attività di Pietro Bavarino (1346), fiorite anche sotto il dominio scaligero. Inoltre, sempre a Verona abbiamo menzione di un Collegio che includeva medici e filosofi: «Ci onora il *dignum vetustum et admirabiliter splendens medicorum et philosophorum Veronensium Collegium*»⁽²⁹⁾ (il «degno antico e mirabilmente fulgido Collegio Veronese dei medici e dei fi-

losofi»). Un «corpo distinto», sul quale incombevano doveri e si concedevano privilegi già negli antichi statuti durante l'impero di Ottone I (X secolo) e successivamente in quelli municipali sotto gli Scaligeri (podestà Manfredo di Corte Nuova, 1228; principi Alberto II e Mastino II della Scala, 1329 e 1331).

Inoltre, Verona è citata da Cervetto in quanto parte attiva di quello che può essere definito «il vero secolo d'oro della nostra medicina»⁽³⁰⁾: il XVI secolo, quando tra i nomi e le opere dei «professori degni di ogni lode» troviamo i veronesi Girolamo Fracastoro e Giovanni Battista Da Monte a cui Cervetto dedica una specifica opera⁽³¹⁾. «Splendidi artisti», parte di quella «stupenda fecondità del genio veronese»⁽³²⁾ che possiamo rinvenire anche nel secolo successivo, che ci ha donato l'esperienza dell'Accademia degli Aletofili o Neoteici.

Un'accademia nata nel 1684 per opera di alcuni medici, tra cui Francesco Fantasti, con l'intento di «giovare alla umanità e alla scienza col bandire da questa *metodi antiippocratici e medicamenti alchimistici*» e chiusa il 19 dicembre 1700⁽³³⁾. Sono infatti momenti storici in cui i medici sono impegnati nella lotta ai fenomeni del ciarlatanismo⁽³⁴⁾ e dell'abusivismo professionale, che dilaniano la categoria ledendo-

ne l'immagine pubblica, e reclamano l'attribuzione di competenze esclusive e il riconoscimento politico-giuridico del loro ruolo⁽³⁵⁾. Al riguardo, Cervetto non manca di porre in luce il fermento della medicina del suo tempo, dove per la prima volta si assiste all'emergere di uno spirito di corpo, oltretutto scientifico, che unisce la «medica famiglia» in una «illuminata fratellanza»⁽³⁶⁾ nelle proprie rivendicazioni e nei propri nobili e filantropici scopi⁽³⁷⁾.

Tornando al Montano, Cervetto riporta un aneddoto, o meglio quello che lui chiama un «curioso incidente»⁽³⁸⁾, che ha come protagonista suo malgrado proprio questo celebre medico e letterato veronese, morto nel 1551. Cervetto ricorda che il 10 febbraio 1842 era scomparso il suo «ottimo amico» Giovanni Battista Cammuzzoni⁽³⁹⁾.

In suo onore e ricordo, il nipote Giulio aveva scritto una necrologia, pubblicata il 16 febbraio 1842 sul Foglio di Verona, dove si leggeva che il fu Cammuzzoni avrebbe avuto l'idea di erigere un busto in onore del famoso medico Da Monte, idea poi sostenuta da alcuni suoi colleghi⁽⁴⁰⁾. Il busto, il cui scopo era far «ammirare l'effigie di una delle principali celebrità che additar possa la patria nostra»⁽⁴¹⁾, doveva essere opera dello scultore veronese Innocenzo Fraccaroli; portare un'epigrafe lapidaria, che egli stesso propo-

(28) Ivi, p. 8.

(29) Ivi, p. 10.

(30) Ivi, pp. 14, 15.

(31) Cervetto G., «Di Giovambattista Da Monte e della medicina Italiana del secolo XVI», op. cit.

(32) Cervetto G., «Cenni per una storia dei medici veronesi e del loro antico collegio», op. cit., p. 22.

(33) Ivi, p. 25.

(34) In merito ai medici ciarlatani, Cervetto ricorda Giuseppe Gazola, «Il mondo ingannato dai falsi medici» (Ivi, p. 26).

(35) Patuzzo S., Storia del Codice di deontologia medica. Dalle origini ai giorni nostri, Minerva Medica, Torino 2014, pp. 27-28.

(36) Cervetto G., «Cenni per una nuova storia delle scienze mediche», op. cit. p. 10. Quest'opera è stata pubblicata anche dal Poligrafo di Verona, dal Giornale delle scienze medico-chirurgiche di Pavia e nelle Effemeridi, pubblicazione periodica del Dott. Fantonetti di Milano.

(37) Ibidem.

(38) Cervetto G., «Altra appendice ai Cenni per una nuova storia delle scienze mediche», op. cit., nota 1, p. 27.

(39) Da non confondere con il politico e avvocato Giulio Cammuzzoni, morto nel 1897, già sindaco di Verona.

(40) «Prosternavasi egli [Cammuzzoni] davanti al genio siccome ad un Dio. Siane una prova il pensiero da lui concepito di erigere un busto alla memoria del Montano [Da Monte]. [] I suoi colleghi saggiamente il secondarono, e quel lodevole pensiero ebbe esecuzione dall'esimio scalpello del nostro Fraccaroli. Il Cammuzzoni dettavane allora la breve ama eloquente epigrafe latina», Foglio di Verona, Supplemento n. 20.

(41) Cervetto G., «Altra appendice ai Cenni per una nuova storia delle scienze mediche», op. cit., nota 1, p. 26.

se⁽⁴²⁾ ma alla quale poi ne venne preferita una in latino⁽⁴³⁾ di cui non specifica l'autore; ed essere serbato in deposito presso la Società Letteraria di Verona in attesa che fosse ultimato il panteon nel cimitero, dove sarebbe stato collocato all'interno di una nicchia del pronao del tempio. Ma Cervetto contesta l'attribuzione all'amico Giovanni Battista Cammuzzoni la volontà di erigere questo busto al Montano e ne rivendica la paternità da condividere insieme all'Associazione dei Fisici Veronesi. Così in testimonianza riporta di un articolo pubblicato il 20 dicembre 1841 sempre sul Foglio di Verona, in cui a sua volta si fa riferimento a un altro dell'anno prima contenente la presentazione del busto fatta dalla Facoltà Medica Veronese⁽⁴⁴⁾. Per «Storica Verità» Cervetto ritiene di meritare

ricordanza, così il 23 febbraio 1842 si arriva a una rettifica⁽⁴⁵⁾, in cui alcuni concittadini correggono l'errore.

La versione di Cervetto sarà confermata nel 1911 da Giuseppe Gagliardi⁽⁴⁶⁾, che precisa i nomi dei medici (Luigi Marinelli, Luigi Zerlotto e Serafino Bussola, tutti soci della Società Letteraria di Verona) che il 24 giugno 1840 avevano sottoscritto la proposta del busto. Secondo quanto riportato da Gagliardi, la storia di questa erma si lega a Cervetto, che l'anno prima aveva pubblicato la sua opera dedicata all'ingegno e all'opera del Montano, definendolo come una delle più spiccate autorità scientifiche del Cinquecento e facendo notare che i padovani gli avevano già dedicato un busto in bronzo. Ma si lega comunque anche

a Giovanni Battista Cammuzzoni, in quanto proprio questi era stato l'autore dell'epigrafe in latino a corredo del busto. Gagliardi conferma anche che l'erma avrebbe dovuto essere posta temporaneamente nel Gabinetto della Società Letteraria, vicino al Fracastoro, prima di essere inserita nell'edicola degli uomini illustri che si voleva erigere nel cimitero⁽⁴⁷⁾.

Memorie di vita trascorse, che si intrecciano «sotto il bel cielo sotto la cui volta siamo nati» con i loro ideali e loro aspirazioni, ma anche con la loro umanità, così come in fondo è la stessa storia della medicina: storia di scienza e al tempo storia del vissuto di chi ci ha preceduto lungo le pagine del nostro passato e le strade anche della nostra città.

(42) «Giambattista Da Monte - Che primo istituì Scuola Clinica - Tolgono al silenzio di tre secoli - I colleghi concittadini del 1841».

(43) «I. B. Montano Veronensi - Institutori Clinicae Medicae - Saeculo decimo sexto - In universa doctrina - Aetatis suae mirabili - Tanto viro - usque nunc oblito - Physici cives - P. P. Anno MDCCCXLI».

(44) Cervetto G., "Altra appendice ai Cenni per una nuova storia delle scienze mediche", op. cit., nota 1, p. 26.

(45) "Rettificazione alla necrologia del Dott. Giambattista Cammuzzoni", "Foglio di Verona", n. 23.

(46) Gagliardi G., "Storia della Società Letteraria di Verona - 1808-1908", Remigio Cabianca, Verona 1911, pp. 131-133.

(47) Nel momento in cui scrive Gagliardi, il busto si trovava ancora nelle sale della Società Letteraria.

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.

Qualche cenno su malattia ed assistenza in Verona al tempo di Valentino Alberti

di **LUCIANO BONUZZI**

Il diario dell'oste di Valentino Alberti (1), elaborato in collaborazione con Giacinto Manganotti, è una fonte preziosa per cogliere gli eventi principali ma anche il sentimento popolare dei Veronesi lungo il primo '800: accanto alla eccezionalità degli avvenimenti descritti, su cui richiama l'attenzione Maurizio Zangarini (2), si possono ricordare non pochi motivi di rinnovamento che caratterizzano quegli anni: si pensi alla rilevanza della tecnica (3) che tutto trasforma ma anche alle incalzanti modificazioni urbanistiche legate alla necessità d'aggiornamento dell'architettura militare (4). Ma vi è un altro aspetto che questa cronaca illustra: sono, infatti, quanto mai frequenti le allusioni alla salute, alla malattia e all'assistenza che, interpretate con sensibilità popolare, mostrano un forte intreccio con la religione e non solo con la pratica medica.

La cronaca di Valentino Alberti, che inizia nel 1796 con l'occupazione militare francese e si conclude nel 1834 durante l'Amministrazione austriaca, accompagna, insomma, il lettore attraverso un periodo fra i più complessi e dolenti della vita cittadina: violenze di ogni genere, furti ed omicidi hanno scandito la presenza francese (5) ed a nulla è servita la resistenza delle Pasque (6). Ed è verosimile che proprio il ricordo degli anni francesi abbia permesso di guardare con qualche sollievo al periodo austriaco. In ogni modo, Valentino Alberti è un oste, un po' geloso (7) ed incline alla melanconia (8), che registra non solo i grandi avvenimenti con rilevanza pubblica ma anche tutto ciò che riguarda la sua attività come il prezzo del vino e del grano rivelando, peraltro, un certo stupore per il consenso che il libero mercato può riservare alla polenta, ritenuta

un alimento mediocre (9). Ma Alberti, come si è fatto notare, non dimentica le malattie, l'assistenza, le nascite e le morti illustrando quegli aspetti che, dal suo punto di vista, erano fuor di dubbio rilevanti.

Non mancano le allusioni al pericolo connesso alle ricorrenti epidemie (10) e, fra gli interventi preventivi, si ricorda il decreto, emanato durante gli anni austriaci, in merito alla necessità di custodire i cani per evitare la rabbia (11). Tutt'altro che eccezionale, al di là dell'inevitabile numero di feriti che confluivano in città durante i ricorrenti conflitti (12), è il ricordo di qualche sfortunato Veronese colpito da archibugiate, talora con conseguenze fatali (13). Sono tutte situazioni da 'pronto soccorso' se si vuole usare un'espressione contemporanea. Gli stessi malori - vomito e sonnolenza - che hanno colpito quei cittadini che, a Bologna nel 1803, sono saliti in un "ballon reostatico" - un episodio che l'Oste ritiene degno di ricordo - altro non sono che disturbi di competenza della medicina d'urgenza (14). Ma l'Oste non trascura le nascite e le morti, che comprendono il tempo della vita che, movimentata da qualche malattia, deve essere scandita da quelle pratiche religiose - battesimo ed estrema unzione - che intonano la quotidianità di ogni buon cristiano. Se vi è qualche parto dove, grazie al cielo, tutto si è svolto nel migliore dei modi, non mancano situazioni in cui è necessario ricorrere a qualche balia o, addirittura, si deve prendere atto dell'incombere della fine. È la tragedia della mortalità infantile del tempo. Ma l'Oste ricorda anche due sorelline siamesi, di pochi mesi, che erano mostrate al pubblico secondo un gusto ed una curiosità che non era rara nel passato (15). Se l'esperienza della nascita è non di rado accompagnata da dolenti conclusioni, la morte è, in ogni caso, un evento dalla solen-

nità inquietante sottolineata da quelle pratiche di religione che testimoniano la speranza del cristiano. Con partecipazione è narrata la vicenda di Maria Lodovica, consorte dell'imperatore Francesco I, che data l'inutilità 'di tutti li medici più professori assistenti alla malata' se ne è andata con il conforto del Santissimo Sacramento (16). Tacitiana è, invece, la notizia della scomparsa del Bonaparte che Alberti designa come "italiano della Corsica" (17): sarebbe morto "con un cancro nel petto, con cropitizia (idropisia) nel suo corpo" (18). Non manca, accanto alla segnalazione della vicenda di personaggi del forte rilievo politico, il ricordo della scomparsa di Veronesi insigni in ambito culturale: Elisabetta Mosconi colpita da 'un mal materno nell'utero' (19) e Ippolito Pindemonte che 'niente giovando i tentativi e gli sforzi dell'arte medica, fu costretto a soccombere dopo non molti giorni di malattia' (20).

Si fa memoria anche di amici e conoscenti mancati, in qualche caso, per un ictus o per un aneurisma: decessi spesso improvvisi come quello che ha rapito il catechista di S. Eufemia travolto da 'morte subitanea mentre era alla cassetta a far i suoi bisogni' (21). Ed ancora, un interesse particolare è riservato dall'Oste alle morti per annegamento (22): suicidi che in Verona, data la presenza seducente dell'Adige, avevano richiamato l'attenzione dello stesso Domenico Rigoni-Stern (23). La morte, allo sguardo dell'Oste, è un evento quanto mai coinvolgente tanto che si interessa agli stessi cimiteri (24). Al proposito, commenta l'Alberti: "Quando siamo morti non v'è più rimedio. Non si move più, non si mangia più, non si parla più ..." (25). Nelle proprie riflessioni sui motivi che portano alla conclusione della vita - morte per cause naturali, per violenze, per incidenti sul lavoro (26) etc. - Alberti passa in rassegna i più rilevanti orga-

ni ed apparati senza scordare il ruolo che compete alla malattia mentale. Riporta, infatti, il caso di un sacrestano di S. Eufemia spentosi in ospedale "per esser caduto in una malattia di fantasia del numero delli matti", logorato dal conflitto e dalle controversie con i propri superiori (27). Se le riflessioni sulla morte del nostro Valentino aprono uno spiraglio sulle sue concezioni metafisiche, verosimilmente sintone con il sentire popolare, quando parla delle proprie malattie e dei propri disturbi è più evidente la compromissione con la routine medica ed assistenziale del tempo. Nella primavera del 1820 è colpito da un forte malessere febbrile con brividi, vomito e sudorazione intensa; chiamato, allora, il dottor Gugarotti, il medico di famiglia, vengono prescritti alcuni farmaci, subito prelevati dallo speziale. Lentamente la salute si riprende, grazie all'aiuto di qualche tazza di brodo. Ma la storia della terapia registra anche l'applicazione intorno all'ano di 18 sanguisughe e di qualche clistere; interventi suggeriti dalla comare e dalla sorella della moglie (28).

Qualche tempo dopo, nell'estate del 1825, l'Oste scrive: "In questo giorno io Valentino Alberti mi sono amalato contro alla mia volontà". Ancora una volta, viene chiamato il dottor Gugarotti che prescrive un bagno ai piedi ma il quadro clinico non si riordina e

viene pertanto suggerito un salasso, praticato da un chirurgo, ma anche, in dose opportuna, viene prescritta "acqua di Boemia". Finalmente un clistere illumina la via verso la guarigione e l'Oste può "ringraziare il Signore Iddio e la B.V.M. della donatami salute L.D.S." (29). Continuano peraltro gli acciacchi e l'Oste, dovendo nuovamente essere salassato, si rivolge a Luigi Manzoni (30), un chirurgo che in passato aveva curato la moglie (31).

Se *Il diario* dell'Oste è una suggestiva traccia per cogliere il comune sentire di fronte all'avvento della malattia, bisogna riconoscere che le risposte dell'arte medica sono piuttosto fragili e stereotipate anche se nella ricerca del tempo non è mancato in Verona qualche contributo significativo soprattutto in ambito statistico (32). Verona, in ogni modo, non era ancora, nell'Ottocento, una città universitaria e l'assistenza, piuttosto che la pura ricerca, era al centro degli interessi comuni.

Del resto, la storia dell'assistenza in Verona mostra in quel tempo qualche aspetto particolare che la distingue da altre città venete. Una innegabile differenza è dovuta al particolare ruolo della città quale capo-saldo del quadrilatero: una struttura difensiva dell'Impero d'Austria, inevitabilmente esposta al rischio di qualche conflitto. Lo stesso

Alberti racconta che, con la calata dei francesi, le chiese, in mancanza di adeguate strutture d'accoglienza, erano state trasformate in ospedali per provvedere al gran numero di feriti. Con l'Austria, tuttavia, la consapevolezza dell'esposizione ad inevitabili conflitti aveva suggerito l'opportunità di costruire un adeguato ospedale militare: l'ospedale di Santo Spirito che Bagatta designa come "uno dei più grandi Ospitali della Monarchia" (33). Ma se l'ospedale militare è l'opera più grandiosa del tempo la stessa assistenza civile mostra, nelle sue complesse articolazioni, tratti di innegabile vivacità. Mentre gli anni francesi sono caratterizzati dall'accentramento delle strutture assistenziali con l'età della Restaurazione riprendono le iniziative ispirate alla tradizione cristiana: una testimonianza, fra le tante, dei corsi e ricorsi storici di vichiana memoria. In ogni modo, fin dal 1796, l'anno in cui inizia la cronaca dell'Oste, Pietro Leonardi elabora un "Piano generale ... col titolo di sacra fratellanza de' preti e laici spedalieri" (34) con l'intento di provvedere alla cura non solo del corpo ma anche a quella dell'anima. Con l'avvento della Restaurazione l'intreccio fra religione ed assistenza (35) è ancora più forte, in sintonia con le aspettative di uomini come l'Oste consapevoli dei limiti della medicina, dell'inevitabile incombere della malattia e dell'urgere della morte.

Note e richiami bibliografici.

1. VALENTINO ALBERTI, *Il diario dell'oste*, a cura di Maurizio Zangarini, Prefazione di Emilio Franzina, Verona, Cierre, 1997.
2. Ib., ZANGARINI, Introduzione, p. LII.
3. Ib., FRANZINA, Prefazione, p. XVIII.
4. LINO VITTORIO BOZZETTO, *L'architettura militare asburgica*, in *Il Veneto e l'Austria*, a cura di Sergio Marinelli, Giuseppe Mazzariol e Fernando Mazzocca, Milano, Electa, 1989, pp. 396-407; Id., *Verona. La cinta magistrale asburgica*, Verona, Cassa di Risparmio etc., 1993; ORIETTA LANZARINI, *L'architettura militare austriaca*, in *L'Ottocento a Verona*, a cura di Sergio Marinelli, Milano, Cariverona, 2001, pp. 169-216.
5. L'Oste ricorda i saccheggi e la violenza contro le donne che non ha risparmiato neppure i conventi (p. 32).

6. Sulla complessità delle Pasque: FRANCESCO VECCHIATO, *La resistenza anti-giacobina e le Pasque veronesi*, in *1797 Bonaparte a Verona*, a cura di Gian Paolo Marchi e Paola Marini, Venezia, Marsilio, 1997, pp. 181-200. Si veda anche di ROSA MARIA FRIGO, *Le Pasque veronesi nella relazione (inedita) di un generale napoleonico*, Verona, Fiorini, 1980.
7. Nell'estate del 1822, dovendo allontanarsi, non si fida a lasciare la "moglie diletta" sola in casa "per causa del... vecchio segretario" (p. 230).
8. Una certa inclinazione alla malinconia sembra affiorare dal forte interesse che, in età ormai matura, dedica alla cappella personale allestita nel proprio alloggio.
9. Il 2 luglio 1829 la polenta è più cara del pane e l'Oste commenta: "incredibile ma pur vera stollidezza! Da quando in qua

- dev'essere considerato più pregevole e migliore un cibo vile e senza veruna sostanza, cioè la polenta, di quello che il pane, il quale è il precipuo e primario nutrimento dell'uomo?" (p.363).
10. ALBERTI, *Il diario etc.*, cit., pp. 76, 77, 150, 402.
11. Ib., pp. 191, 288.
12. Ib., pp. 5, 20, 146. L'Oste ricorda che nel 1796 "hanno messo l'ospedal in chiesa di S. Eufemia"; analoga funzione hanno svolto le chiese di S. Tommaso e S. Bernardino come segnala LEONELLA GALLAS, *Tendenze illuministiche ed esperienze giacobine a Verona alla fine del Settecento*, Verona, Vita veronese, 1970, p. 83.
13. ALBERTI, *Il diario etc.*, cit., pp. 164, 311, 408.

14. *Ib.*, pp. 54-56.
15. *Ib.*, pp. 47, 72, 76, 96, 105, 106, 217, 376.
16. *Ib.*, p. 166.
17. *Ib.*, p. 63. Sulle origini di Napoleone, discendente da Giacomo Buonaparte: FRANÇOIS-RENÉ DE CHATEAUBRIAND, *Napoleone*, Firenze, Sansoni, 1981, pp. 2 e seg.
18. ALBERTI, *Il diario etc.*, cit., p. 219.
19. *Ib.*, p. 95.
20. *Ib.*, p. 352.
21. *Ib.*, p. 214.
22. *Ib.*, pp. 187, 216.
23. LUCIANO BONUZZI, *Domenico Rigoni-Stern. 'I. R. Chirurgo provinciale' e Direttore della vaccinazione in Verona*, "Atti e Memorie dell'Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona", CLXXXVIII (2015-2016), pp. 83-96.
24. ALBERTI, *Il diario etc.*, cit., pp. 345, 377. Sul riordino delle pratiche di sepoltura e sulle soluzioni urbanistiche in merito ai cimiteri, dopo gli editti napoleonici che vietavano le sepolture in chiesa, si veda: LIA CAMERLENGO, *I cimiteri: i casi di Vicenza, Verona e Padova*, in *Il Veneto e l'Austria*, cit., pp. 408-414; *Id.*, *L'architettura civile, in L'Ottocento a Verona*, cit., pp. 217-245.
25. ALBERTI, *Il diario etc.*, cit., p. 195.
26. *Ib.*, p. 173.
27. *Ib.*, p. 269.
28. *Ib.*, pp. 199-200.
29. *Ib.*, pp. 290-291.
30. *Ib.*, pp. 378, 439. Luigi Benciolini dedica ad "Aloysio Manzoni viro optimo, et chirurgo praestantissimo" la memoria elaborata in ricordo di Antonio Manzoni (ALOYSIUS BENCIOLINUS; *De vita Antonii Manzoni chirurgi philologi commenta-riolum*, Veronae, ex Libreria Officina Libantina, 1845). Ad Antonio Manzoni si deve un'interessante monografia sul cancro dell'utero (Verona, Eredi Moroni, 1811).
31. ALBERTI, *Il diario etc.*, cit., pp. 331, 335.
32. Di qualche interesse per la storia della sanità sono i saggi di Ignazio Bevilacqua Lazise (*Saggio d'una statistica della città di Verona*, Venezia, Picotti, 1825) e di Giulio Sandri (*Cenni sullo stato sanitario di Verona*, "Atti dell'Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti", vol. I, serie III, 1856). Ma, fra queste ricerche, il contributo più originale è quello in merito alle "malattie cancerose" di DOMENICO RIGONI-STERN, *Fatti statistici relativi alle malattie cancerose che servirono di base alle poche cose dette dal dott. Rigoni-Stern il dì 23 settembre alla Sottosezione di chirurgia del IV Congresso degli scienziati italiani*, "Giornale per servire ai progressi della patologia e della terapeutica", Fasc. X e XI, serie II (1842), pp. 507-517. Su Rigoni-Stern: GIUSEPPINA BERTI BOCK, *Un contributo alla ricerca epidemiologica sui tumori. Domenico Rigoni-Stern (1810-1855)*, "Acta Medicae Historiae Patavina", 20 (1973-1974), pp. 35-55; ALFONSO PLUCHINOTTA, *Storia illustrata della senologia*, s. I., CIBA GEIGY, 1989, pp. 237-238; LUCIANO BONUZZI, *Figure ed itinerari della medicina veronese ottocentesca*, in *Le scienze mediche nel Veneto dell'Ottocento*, con Presentazione di Augusto Ghetti e con Introduzione di Loris Premuda, Padova, Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti, 1990, pp. 61-97; *Id.*, *Domenico Rigoni-Stern 'I.R. Chirurgo provinciale' e Direttore della vaccinazione in Verona*, cit., pp. 63-96. Lo studio di Angelo Messedaglia su *Le statistiche criminali*, edito alla conclusione del periodo austriaco, ha invece un interesse indiretto per la storia della medicina ed è ricordato solo in quanto rientra in quell'area tematica che sarà coltivata da Cesare Lombroso. (ANGELO MESSEDAGLIA, *Le statistiche criminali dell'Impero austriaco nel quadriennio 1856-59*, Venezia, Antonelli, 1866-1867).
33. FRANCESCO BAGATTA, *Storia degli ospedali e degli istituti di beneficenza in Verona*, Verona, Civelli, 1862, p. 159. L'ospedale di Santo Spirito è stato progettato da Julius Bolza "in base alle più innovative prescrizioni della scienza medica" (ORIETTA LANZARINI, *L'architettura militare austriaca, in L'Ottocento a Verona*, cit.).
34. PIETRO LEONARDI, *Scritti*, a cura di Ilvano Caliaro, Verona, Istituto Figlie di Gesù, 2005, pp. 5-24.
35. L'impegno del clero veronese in favore dei malati era stato quanto prima rilevato da ALOYS SCHLÖR, *La filantropia della fede*, a cura di Giovanni Bonaldi, Verona, Casa Editrice Mazziana, 1992. Fra i vari contributi sull'impegno religioso in Verona, si segnala: GEMMA CASETTA, *Il Servo di Dio don Carlo Steeb. Fondatore dell'Istituto Sorelle della Misericordia in Verona*, Roma, Tipografia Poliglotta Vaticana, 1964; ANGELO BRUSCO, *P. Camillo Cesare Bresciani, fondatore della provincia lombardo-veneta dei chierici regolari ministri degli infermi (camilliani)*, Cittadella (Pd), Edizioni "Il Pio Samaritano", 1972; FRANCESCO VECCHIATO, *Il periodo austriaco (1814-1866)*, in *Storia di Verona*, a cura di Giovanni Zalin, Vicenza, Neri Pozza, 2001, pp. 255-298. Ancora, lungo gli anni '80 del passato secolo non era raro ascoltare, al tramonto, in vari ospedali – ad es. in quello di Bussolengo – la recita del S. Rosario; ma con l'avvicinarsi della conclusione del Millennio, ormai in un'età senza frontiere, queste preghiere sono scomparse mentre l'infermiera che distribuiva la cena serale si avvicinava alle varie stanze dicendo: "Chi è che no vole la carne da porco?" Nuovi tabù rendevano ormai problematico ogni possibile aiuto in ambito spirituale.

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

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

Il 'Manicomio': un motivo ricorrente per dire della 'Grande Guerra'

di **LUCIANO BONUZZI**

"Manicomio" è una parola composta che deriva da "mania", quale forma esemplare di malattia mentale, e da *coméo* che vuol dire prendersi cura, assistere. Si tratta, in brevi parole, di una struttura per malati di mente allontanati dall'ospedale generale sia per l'azione di disturbo che era loro propria, sia per la frequente cronicità che reclamava ambienti di cura differenziati. Il manicomio è, così, diventato uno spazio emblematico per albergare la follia offrendo allo sguardo dell'osservatore le forme più dolenti ed esasperate della condizione umana ed invitando, nel contempo, ad inquietanti visite per poter cogliere nell'altro la caricatura del proprio volto. Questo singolare spazio assistenziale è stato illustrato da pittori insigni, quali Hogart e Goya o il veronese Baraldini (1), ma è anche stato al centro di qualche rappresentazione del Grand Guignol: tale la *pièce* - *Una lezione alla Salpêtrière* - di André De Lorde (2). Il clima di angoscia che connota l'ambiente, dove la ragionevolezza è naufragata, lo si coglie anche in alcune opere letterarie e, al proposito, si possono ricordare tre autentici capolavori del Novecento dove 'manicomio' e 'Grande Guerra' sono strettamente intrecciati: la thomasmanniana *Montagna incantata* (3), *L'uomo senza qualità* (4) di Robert Musil e *La marcia di Radetzky* (5) di Joseph Roth. Tre saggi che gravitano intorno alla follia che ha accompagnato il conflitto.

La Montagna incantata è un saggio sul tempo, sul corpo, sulla malattia e sulle asperità liriche che accompagnano ogni incontro d'amore (6), ma è anche una testimonianza dell'irrazionalità che circolava in Europa negli anni che hanno preceduto la Grande Guerra. Protagonista è Hans Castorp

che si era recato a Davos nel "Sanatorio Internazionale Berghof" per visitare un cugino malato di tubercolosi ma, giunto a destinazione, scopre di essere malato lui stesso tanto che vi rimane ben sette anni. Al "Berghof", un regno delle ombre (p.94), non si tratta però la sola tubercolosi in quanto è possibile seguire anche qualche cura psichica (p. 28). Nel tempo magico in cui Castorp soggiorna in questo luogo quanto mai singolare è intrattenuto da due interlocutori: Settembrini, un massone (p.849), e Naphta, un aspirante gesuita (p. 681), che lo iniziano ai misteri della vita e della morte. Il clima dell'ambiente è, peraltro, estraneo ad ogni equilibrio e la possibilità del suicidio vi è ostentata (p. 131) ma anche concretamente attuata (pp. 1048 e seg.; p. 1191).

Il dibattito fra Naphta e Settembrini è poi intonato da una radicalità ideologica estranea ad ogni possibile mediazione: una radicalità paranoide che non esclude la possibilità di versare il sangue (p.749). Fra gli ospiti della casa di cura non mancano i militari ed anche il linguaggio corrente svela note confusivamente allusive alla vita di caserma: si parla di diserzione (p.696) quando qualche paziente vuole andarsene o di camerata per indicare qualche compagno con cui si condivide la quotidianità (p.610). Un mondo di ambiguità e di follia a cui non è estraneo lo stesso Settembrini: un apostolo dell'umanesimo sociale che, peraltro, non conosce ragione alcuna per rinunciare alla guerra contro l'Austria (p.636); un acceso razionalista che avendo visitato qualche manicomio ritiene di essere riuscito con la forza del proprio sguardo a ricondurre alla ragione non pochi malati di mente (p.817). Quando la Grande Guerra è, ormai, scoppiata e il protagonista si trova in trincea affiora il sospetto che gli anni trascorsi al "Berghof" siano stati un sogno (p.1202), e nel sogno il

tempo è abbattuto. Del resto, i rimandi al vissuto onirico sono incalzanti man mano che si avvicina la conclusione, una sorta di traccia occulta per orientare il lettore; ed ancora, quando si avvicina la fine del racconto, il sogno è accompagnato da pratiche suggestive e dall'ipnosi che convergono nel dissolvere una corretta percezione del mondo. Ormai il senso della realtà è venuto meno e si respira a pieni polmoni l'atmosfera della Grande Guerra: una vera follia che in Europa non ha visto alcun vincitore, ma solo morti ed invalidi. Una "inutile strage" (6).

L'uomo senza qualità, l'altro saggio a cui si è fatto cenno, raccoglie con modalità vagamente caotiche i ricordi di Robert Musil dal 1913 fino alla scomparsa della imperial-regia Monarchia degli Asburgo. Va rilevato come le continue riflessioni, non di rado contraddittorie, intorno ai più diversi problemi diano all'articolazione del racconto un tono velatamente schizoide. Nel tempo preso in esame che, coincide con la fine dell'Austria, ha emblematico rilievo la vicenda di Moosbrugger, un criminale malato di mente che, più volte, è stato accolto in manicomio (p.64). Moosbrugger era un sadico, un uccisore di donne che poteva sopprimere con modalità raccapriccianti. La vicenda di questo pover'uomo, che esibiva uno strano sorriso (p.63) e si sentiva perseguitato dagli spiriti (p.65), illustra l'estraneità fra il suo vissuto, il parere degli psichiatri, che per definire questioni complesse amano ricorrere a parole straniere (p.67), e il punto di vista dei giudici. Una situazione confusa che impone una superperizia (p.942) di chiarificazione. E, così, il caso di Moosbrugger fornisce l'occasione per una visita al manicomio che lo ospita. La guida, uno psichiatra, fa sapere che il manicomio 'sono case di poveri' (p.954) dove si osservano le più diverse malattie che impongono

reparti e rituali di custodia differenziati; ma, al di là di ogni separazione, non sempre si riesce a distinguere chi è malato dal proprio guardiano (p.951). Un mondo poco chiaro. Del resto, per quanto il manicomio di Musil sia una struttura profondamente inquietante che coinvolge l'osservatore, non manca chi proprio durante la visita è preso da altre questioni, da altre preoccupazioni: "I Russi hanno un' artiglieria da campagna modernissima. Mi segui? I Francesi hanno approfittato della loro ferma di due anni per riorganizzare magnificamente l'esercito. Gli Italiani ... (p.948). E più oltre: "Italiani, Russi, Francesi e anche Inglesi, hai capito, si armano fino ai denti, e noi ..." (p.949). Nel racconto di Musil guerra e manicomio sono questioni intrecciate.

Mentre *La montagna incantata* e il saggio di Musil illustrano il *setting* dove matura la follia della Grande Guerra, *La marcia di Radetzky* presenta, invece, il manicomio come il luogo destinato ad accogliere che è stato ferito, proprio per la Grande Guerra, da una catena di eventi fatali per l'equilibrio

psichico: il manicomio de *La marcia di Radetzky* è, insomma, un luogo di protezione per naufraghi. La pagina di Joseph Roth propone, nell'insieme, un racconto nostalgico dove affiora con insistenza quel velato e benevolo paternalismo che caratterizzava la Monarchia austriaca destinata a scomparire. Si racconta dell'eroe di Solferino e dei suoi discendenti che, presenti nell'esercito e nella burocrazia, permettono di cogliere qualche tratto di fragilità nell'organizzazione sociale di quel mondo di ieri. In particolare, la vita nell'esercito aveva aspetti quanto mai singolari, quasi autistici, non bene articolati con la quotidianità corrente. Il sentimento di estraneità rispetto al vivere comune diventa poi più marcato quando lo svolgimento del racconto accompagna il lettore al confine con altre etnie, con altre culture. Un personaggio del romanzo - Chojnicki - è l'interprete dei cambiamenti che, con la guerra, hanno investito la società del tempo e, travolto da una marea di eventi funesti, finisce al manicomio dove viene visitato dal capitano distrettuale von Trotta, il figlio dell'eroe

di Solferino. Chojnicki, accolto in una stanza per agitati perché disturbato da periodiche crisi di eccitamento psico-motorio, comunica, ispirato dal cielo, che Francesco Giuseppe sta morendo (p.418): è l'annuncio della fine di un mondo che trova proprio nel manicomio il luogo più idoneo per essere formulato. Il crollo dell'impero asburgico, come scrive Claudio Magris (7), coincide per Roth con la fine della tradizione, con la perdita della *Heimat*. È il vuoto che accompagna la morte dello spirito che proprio nel manicomio trova la collocazione più pertinente.

Se il gioco dei rimandi metaforici fra la malattia mentale, custodita entro le mura del manicomio, e la follia della guerra è scontato e ben comprensibile nell'argomentare del primo '900, oggi questi rimandi fra manicomio e guerra hanno perso qualche evidenza: la malattia è stata, infatti, spalmata sul territorio e non esistono più né mura, né confini. Ma, purtroppo, guerre e malattie non sono scomparse e sono ancora all'ordine del giorno.

Note e richiami bibliografici

1. La raffigurazione del 'Manicomio' di Bedlam, dipinto da Hogarth, è una scena della 'Carriera del libertino' e, sullo sfondo, si vedono due visitatrici; il "Manicomio" di Goya è, invece, una nuda rappresentazione della psicosi. (Si veda: F. Antal, *Grandi e libertini nella pittura di Hogarth*, trad. A. de Caprariis, Milano, Il Saggiatore, 1984, fig. 56a e 56b). Di Ettore Beraldi il quadro 'Reparto agitate' testimonia la profonda solitudine che, come un'ombra, accompagna la malattia mentale (L. Bonuzzi, G. Roncari, *Nota storico-critica in margine a un dipinto a*

contenuto psichiatrico di Ettore Beraldi, "Acta Medicae Historiae Patavina", XVII (1970-71), pp. 53-64). La 'Madre del pazzo', accanto ai malati, mostra, invece, una figura di donna dal volto addolorato e privo di speranza (Il quadro è riprodotto da A. Foresta (E. Meneghetti), *De sera*, Verona, Stamperia Valdonega, 1952).

2. A. De Lorde, *Una lezione alla Salpêtrière*, in *Teatro del Grand Guignol*, a cura di C. Augias, Torino, Einaudi, 1971, pp. 93-133).
3. Th. Mann, *La montagna incantata*, trad. E. Pocar, Verona, Mondadori, 1965.

4. R. Musil, *L'uomo senza qualità*, trad. A. Rho, Torino, Einaudi, 1962.
5. J. Roth, *La marcia di Radetzky*, trad. L. Terreni e L. Foà, Milano, Adelphi, 1987.
6. L. Bonuzzi, *Corporità, malattia ed esistenza ne "La montagna incantata"*, in *Arte e psicopatologia*, a cura di M. Giacomuzzi, Verona, Grafiche Fiorini, 1999, pp. 39-82.
7. T. Noce, *Benedetto XV*, Milano, Corriere della Sera, 2018, p. 85.
8. C. Magris, *Lontano da dove. Joseph Roth e la tradizione ebraico-orientale*, Torino, Einaudi, 1977, pp. 16 e seg.

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.

Raccomandazioni sull'uso di social media, di sistemi di posta elettronica ed instant messaging nella professione medica e nella comunicazione medico-paziente

**Documento elaborato da
Eugenio Santoro, Guido Marinoni,
Guerino Carnevale, Francesco
Del Zotti per conto del Gruppo
di Lavoro ICT della FNOMCeO**

NICOLA CALABRESE, GUERINO CARNEVALE, GIACOMO CAUDO, PIETRO DATTOLO, **FRANCESCO DEL ZOTTI**, AURELIO LEMBO, GUIDO MARINONI, EMILIO MONTALDO, **ROBERTO MORA**, FRANCESCO NOCE, PIERFRANCO RAVIZZA, **CARLO RUGIU**, ANTONIO SANTANGELO, EUGENIO SANTORO, VINCENZO SCHIAVO, GIANLUIGI SPATA, ALESSANDRO BIAGIONI, MARIA BEATRICE BILÒ, SERGIO BOVENGA, MATTEO CESTARI, SALVATORE DE FRANCO, PAOLO MOTOLESE, DIEGO PIAZZA, UMBERTO ROSSA, MARCO ZUFFI

Introduzione

Come è stato riportato già alcuni anni fa dall'Osservatorio Mondiale delle Comunicazioni (ORBICOM), "viviamo in un'epoca di grandi cambiamenti, sia per la loro portata che per la velocità con cui questi si succedono. La principale forza responsabile di questa corrente di trasformazione è costituita dalle nuove tecnologie: alcune delle conseguenze socio-economiche della rivoluzione digitale si fanno già sentire, altre sono previste a lungo termine, altre ancora sono del tutto imprevedibili".

Durante questi ultimi tre anni di emergenza pandemica da Covid19 si è constatato un rapido cambiamento dei sistemi sociali e sanitari sotto tutti i profili: da quello della salute pubbli-

ca, del lavoro, dei contesti ambientale e sociale che ne hanno alterato, in breve tempo, i determinanti sanitari e gli equilibri politico-economici, culturali ed i percorsi ad elevato impatto sociale, tra cui la sostenibilità economica, la clinical governance, la resilienza occupazionale e le relazioni con le comunità ed il territorio. In tutto questo cambiamento, ancora in corso, le innovazioni tecnologiche, anche quelle applicate ai percorsi di prevenzione e di integrazione per la continuità delle cure, hanno trovato uno spazio enorme ed un terreno ancora più fertile ed hanno accelerato e favorito una nuova gestione dell'emergenza ospedaliera e, non da meno, quella sul territorio, incluse le aree geograficamente e strutturalmente disagiate, allo scopo proprio di potenziare gli asset della programmazione sanitaria sul territorio. Mai come adesso, l'essere umano si è dedicato, in una corsa contro il tempo, a pensare, e quindi ad avviare e realizzare una mole di progetti, programmi dedicati, start-up, spin-off a qualsiasi livello, utilizzando le conoscenze scientifiche e tecnologiche attuali. Ogni crisi pandemica non è mai solo una crisi di salute pubblica, è anche un processo di reazione e adattamento dei sistemi sociali. L'accelerazione di eventi nel tempo e l'urgenza nel dovere dare risposte corrette ed adeguate ai cittadini ha messo in luce disfunzioni e distorsioni degli equilibri sociali e sanitari preesistenti ma, allo stesso modo, ha favorito l'approfondimento della comunicazione appropriata relativa al ruolo medico-paziente.

Sulla base di queste esigenze, la produzione di raccomandazioni sull'utilizzo dei social media nella professione medica e nella comunicazione tra medico e cittadino-paziente era una necessità già in periodo pre-Covid19, ma è diventata oggi ancora più attuale considerando l'elevata diffusione di contenuti (scrittura, comunicazioni vocali, immagini, video) trasmessi attraverso questi mezzi di comunicazione. Durante l'emergenza pandemica, ha trovato spazio l'infodemia che, come viene definita dal WHO, è quella eccessiva quantità di informazioni, comprese quelle false o fuorvianti, in ambienti digitali e fisici che ne ha causato e ne causa, nei cittadini-pazienti, l'insorgenza di confusione e comportamenti rischiosi che possono nuocere alla salute. Questo fenomeno ha portato anche alla sfiducia nelle Autorità Sanitarie, quindi nel SSN, financo nei confronti del proprio medico curante con un effetto negativo sulla sanità pubblica. L'infodemia può intensificare o prolungare le epidemie quando le persone non sono sicure di ciò che devono fare per proteggere la propria salute e quella delle persone intorno a loro. Con il crescente incremento della digitalizzazione e, quindi, con l'espansione dei social media e dell'uso di Internet - le informazioni possono diffondersi più rapidamente e, spesso, le informazioni che i cittadini acquisiscono sono quelle scientificamente corrette.

Numerosi studi indicano d'altra parte che il numero di medici che fanno uso di una qualunque forma di piattafor-

ma di social media è in Italia, come nel resto del mondo, in forte crescita. Se da una parte i medici usano questi strumenti per il proprio aggiornamento professionale, non mancano occasioni nelle quali viene chiesto loro di informare il pubblico su questioni che riguardano la propria salute. Disease awareness, patient empowerment, patient engagement, lotta alle fake news sono solo alcuni ambiti nei quali, in un modo o nell'altro, un medico che frequenta i social media si ritrova ad operare. Per non parlare della consuetudine a confrontarsi su queste piattaforme con i propri colleghi o, addirittura, con i propri pazienti magari esponendo casi clinici nei quali i pazienti possono riconoscersi, trascurando il rischio che la conversazione possa essere "non protetta" od intercettata da terzi non aventi diritto. In Italia, la comunicazione tra medici con scambio di informazioni scientifiche impiegando i social media avviene in assenza di una regolamentazione specifica o, quanto meno, di raccomandazioni che possano indicare quali atti un medico può fare, quali può pensare di fare con particolari accorgimenti e quali è importante non faccia mai, considerando che, già da tempo, le informazioni trasmesse con tale modalità possono essere utilizzate in giudizio quale mezzo di prova.

L'uso non appropriato di questi strumenti da parte dei medici li espone al rischio di compromettere il tradizionale rapporto medico-paziente e, nei casi più gravi, a quello di possibili azioni legali per non avere osservato, consapevolmente o inconsapevolmente, la privacy dei pazienti o per avere messo in discussione la reputazione o la professionalità di colleghi. Simili considerazioni possono essere fatte per l'interazione medico-paziente mediata dalla posta elettronica o da sistemi di Instant Messaging, oggi praticata da numerosissimi medici attraverso una comunicazione sincrona o asincrona senza che siano chiare regole e modalità d'uso coerenti con la deontologia professionale. Le implicazioni dal punto di vista deontologico sono numerose e rilevanti. Per questo riteniamo importante che la FNOMCeO prenda in considera-

zione questi aspetti elaborando delle raccomandazioni italiane sull'uso dei social media, della posta elettronica e dei sistemi di Instant Messaging nella comunicazione con i pazienti e con i cittadini i cui contenuti siano parte integrante del Codice Deontologico.

Il presente documento definisce e descrive le motivazioni per le quali è necessaria una regolamentazione ed elabora due raccomandazioni (una per la comunicazione mediata dai social media e l'altra per la comunicazione mediata dai sistemi di posta elettronica) che potrebbero essere adottate allo scopo. Lo sviluppo di una terza raccomandazione (per la comunicazione mediata dai sistemi di Instant Messaging) può prendere spunto dalle altre due (con le quali condivide molti aspetti) dopo un possibile confronto con il Garante per la Protezione dei Dati Personali in relazione ai problemi legati alla privacy.

Lo sviluppo di queste prime raccomandazioni non costituisce un punto di arrivo. Alla luce del rapidissimo mutamento nel contesto tecnologico e culturale che ha già investito i giovani, i pazienti, il personale sanitario, le altre professioni sanitarie ed in genere tutti i cittadini che quotidianamente accedono alla rete (con particolare riferimento alle piattaforme di social media) per le più svariate finalità di informazione e comunicazione, si suggerisce un aggiornamento delle stesse, a cadenza almeno biennale.

L'uso dei social media in Italia e nel mondo

L'ultimo rapporto "We are Social 2022" prodotto a gennaio 2023 da Hootsuite, quantifica in 4,6 miliardi (pari al 58,4%) il numero di persone che nel mondo usano almeno una piattaforma di social media. La distribuzione per Paese è eterogenea. Nelle prime posizioni si collocano i paesi dell'Asia (con percentuali superiori al 90%), e gli Emirati Arabi (con un record del 99%), mentre nelle ultime stazionano i paesi africani (con percentuali tra il 15% e il 50%). L'Italia si colloca a metà strada, con una percentuale di uso di almeno una piattaforma di social media da parte del 71,6% degli italiani, pari a circa l'84,9% di chi naviga in rete. Riguardo all'impiego in ambito lavorativo delle piattaforme social tra

i paesi del continente asiatico spicca l'India per i quali in media ogni utente possiede 11,4 account (Backlinko), a cui seguono gli Stati Uniti, l'Inghilterra, il Canada ed il Giappone.

Secondo l'ultimo rapporto Censis sulla comunicazione (riferito al 2022), YouTube è la piattaforma preferita degli italiani (con il 65,7% dell'intera popolazione), seguita da Facebook (64,7%), Instagram (49,4%), TikTok (27,8%), Twitter (15,1%) e LinkedIn (12,7%). Tra i giovani (14-29 anni) le preferenze si discostano da quelle della popolazione generale e riflettono la necessità di un modo diverso di comunicare. In questa categoria di persone, per esempio, YouTube rimane la piattaforma preferita (con l'83,3% dell'intera popolazione appartenente a questa fascia d'età), seguita però da Instagram (80,9%), TikTok (54,5%), Facebook (51,4%), Twitter (20,1%) e LinkedIn (12,7%).

Lo stesso report si sofferma sull'uso delle principali piattaforme di Instant Messaging (la messaggistica istantanea, IM). In testa a questa speciale classifica si trova Whatsapp (con l'83,6% dell'intera popolazione italiana) seguita da Telegram (27%), Snapchat (8,9%) e Signal (3,9%).

L'ordine della classifica non cambia quando si prende in esame la categoria dei giovani con percentuali d'uso rispettivamente del 93,4%, 37,2%, 23,3% e 4,7%. Skype è in genere meno utilizzata rispetto agli altri strumenti (9,1% nell'intera popolazione italiana e 10,5% tra i giovani).

I social media nella comunicazione della salute

I social media ricoprono un ruolo oggi fondamentale nella comunicazione audio-video e nella informazione. Un numero sempre maggiore di cittadini li usa per informarsi e per comunicare con le proprie "communities". In anni recenti il ruolo dei social media è cresciuto notevolmente in ambito medico grazie all'apertura di profili da parte di società scientifiche, riviste mediche, università e centri di ricerca, aziende sanitarie territoriali ed ospedali, strutture sanitarie private, medici ed altri operatori sanitari. Ad essi sono riconosciuti vantaggi nel fa-

vorire l'aggiornamento del medico, il confronto con i propri colleghi e l'ampliamento delle proprie reti sociali e professionali. La comunità scientifica è prevalentemente concorde nel riconoscere che l'uso dei social media da parte dei medici nella comunicazione con il cittadino e con i pazienti può favorire la diffusione di messaggi di sanità pubblica, migliorare la qualità dell'informazione a cui il pubblico può accedere e sostenere la lotta alle fake news.

La British Medical Association (BMA), l'American Medical Association (AMA), l'American College of Physician (ACP) e la Canadian Medical Association (CMA), l'Australian Medical Association (AMA, 2019) hanno prodotto delle raccomandazioni per un uso appropriato ed etico dei social media da parte dei medici. In Italia, FNOPI (Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche) ha pubblicato raccomandazioni indirizzate agli infermieri italiani.

In sintesi, tali raccomandazioni suggeriscono ai medici che volessero usare i social media di **aprire due account distinti**, da usare rispettivamente per fini personali e professionali, avendo bene definito chi può accedere ai corrispondenti profili. Inoltre, suggeriscono che il profilo professionale **non debba ospitare dati sensibili** (incluse le immagini) riconducibili in qualche maniera ai pazienti, ma solo informazioni generali riguardanti la salute, la pratica clinica (oscurando o eliminando le informazioni sensibili), l'informazione scientifica e i link ad altri siti web, rimandando la discussioni tra colleghi **ai social network professionali e alle online communities frequentate esclusivamente dai medici con accesso tramite registrazione, username e password**.

Ricordando che questi strumenti non garantiscono la confidenzialità della conversazione, tali raccomandazioni **sconsigliano di rispondere ai pazienti su specifiche questioni sanitarie personali** e suggeriscono di **adottare** adeguatamente gli strumenti messi a disposizione dalle varie piattaforme social **per proteggerne i contenuti**.

D'altra parte, esistono studi che dimostrano come siano gli stessi medici a temere per primi una loro presenza sui social. Temono infatti che la loro privacy (e quella dei pazienti) possa essere violata, così come la fiducia e la credibilità professionale nei loro confronti se un paziente avesse la possibilità di accedere a informazioni potenzialmente compromettenti. Ma soprattutto i medici temono i possibili rischi a cui i pazienti potrebbero essere esposti leggendo eventuali consigli medici, suggerimenti, raccomandazioni o semplicemente idee "postate" in contesti non necessariamente riferiti all'ambito assistenziale.

Inoltre, visto che i tecnicismi delle piattaforme social non poche volte sono complessi, insidiosi e favorevoli al passaggio informativo ad ogni costo, è **opportuna una formazione ad hoc dei medici sotto lo stimolo e la sorveglianza della FNOMCeO**, anche alla luce delle raccomandazioni successive.

Le raccomandazioni delle principali società scientifiche

Le raccomandazioni suggerite dalle principali società scientifiche internazionali possono sintetizzarsi nei seguenti argomenti specifici:

1. riservatezza dei dati;
2. gestione delle richieste di amicizia da parte dei pazienti;
3. creazione di più profili (personale e professionale);
4. dichiarazione di eventuali conflitti di interesse;
5. affermazioni diffamatorie o ambigue (fake news, cioè l'uso di affermazioni non scientifiche)

1. RISERVATEZZA DEI DATI

La segretezza o il mantenimento della confidenzialità dei dati del paziente deve essere garantita mediante l'adozione di un comportamento attento nella discussione online di problematiche cliniche tra colleghi o con gli studenti. Il medico è obbligato a non divulgare, in assenza di un consenso appropriato, i dati del paziente. Tale obbligo deve essere considerato valido quando si usano Internet, i social media e qualunque altro media. Un errato utilizzo dei social media da parte dei medici può portare il paziente a

riconoscersi nei post condivisi in rete con conseguenze gravi sotto il profilo legale e medico-legale nell'esercizio della professione.

2. RICHIESTE DI AMICIZIA

Esistono in letteratura studi che dimostrano come spesso i medici che ricevono una richiesta d'amicizia su Facebook dai propri pazienti (follower) la accettino senza preoccuparsi del fatto che questa scelta potrebbe confondere i confini tra la sua vita personale e quella professionale od integrarne i due aspetti e cambiare la natura della relazione tra medico e paziente. Questa prassi, quasi naturale e rapida, è frutto della facilità con la quale tali strumenti favoriscono il processo empatico nei confronti di persone conosciute e/o sconosciute, ed è la conseguenza del loro uso improprio da parte di coloro che accedono alla rete perché non è mai stata suggerita alcuna regolamentazione nel settore medico. Infatti, esiste una dimensione profonda del rapporto medico-paziente che è di primaria importanza nella relazione professionale. La conseguenza di questa tipologia di uso misto (professionale e privato) attraverso l'impiego di un linguaggio anche confidenziale tra medico e paziente, in alcuni casi, ha sviluppato casi di "transfert" (e di controtransfert), inteso come spostamento di dinamiche affettive non risolte dal paziente sulla figura del medico.

Il transfert emozionale, che avvicina il paziente al medico in un contesto diverso da quello che deve essere il ruolo paziente-medico (ma anche medico-paziente), anche dal punto di vista etico e deontologico, deve considerarsi una criticità da prevenire o risolvere in modo appropriato (anche attraverso la collaborazione con lo psichiatra e/o lo psicoterapeuta), evidenziando e ricordando che **il medico deve essere sempre il garante del paziente anche per quel rapporto di fiducia che fa parte integrante della professione medica**: questo in quanto il paziente, durante la sua malattia, può essere affetto da condizioni patologiche, quindi anche da sintomatologia che non gli consente di poter gestire determinati aspetti di natura comportamentale ed

emotiva che possono essere acquisite durante il percorso di cura. Pertanto, l'accesso del paziente ai contenuti personali del medico può comprometterne il tradizionale rapporto di fiducia e il rispetto del ruolo scientifico-professionale, contribuendo a favorire comportamenti che oltrepassano gli usuali ed appropriati rapporti professionali. Altro aspetto rilevante nel corretto impiego della comunicazione efficace, empatica e leale medico-paziente attraverso l'uso dei social media è quello che si riflette nell'aderenza o non aderenza alla terapia da parte del paziente stesso.

Da queste considerazioni ha origine la decisione della BMA di suggerire ai medici britannici di **rifiutare richieste di amicizia di pazienti** che arrivano tramite piattaforme di social media poiché tali strumenti, secondo la BMA, non costituiscono un canale appropriato per l'interazione tra medico e paziente.

3. CREAZIONE DI PIÙ PROFILI

Un modo per separare la sfera privata da quella pubblica è quello di creare due profili/account (uno personale e uno professionale) sulle piattaforme che un medico intende presidiare. Questo è il suggerimento che proviene da diverse società scientifiche che ricordano, tuttavia, che i contenuti condivisi attraverso tali profili potrebbero essere visibili da utenti diversi rispetto a quelli per i quali erano stati pensati e quindi essere diffusi in rete perdendone il controllo.

Le associazioni scientifiche ricordano inoltre ai medici che i loro comportamenti, indipendentemente dai profili impiegati, non devono mai essere in contrasto con l'etica professionale. A questo proposito ricordano, tra le altre cose, di osservare la massima cautela nella condivisione di fotografie, filmati e altri contenuti che potrebbero ledere la privacy di persone terze o essere offensive nei loro confronti. Come già accennato, una volta diffusi sulle piattaforme di social media, i post e i materiali in essi contenuti possono essere consultati da chiunque. Per esempio, dalle persone che dirigono organizzazioni sanitarie (come ospedali, strutture sanitarie, centri di ricerca, università, laboratori).

Un uso scorretto dei social media potrebbe pertanto portare all'adozione di provvedimenti che possono pregiudicare la carriera professionale di un medico. Ciò vale anche per gli studenti universitari delle facoltà di medicina e per gli specializzandi, come descritto in una ricerca condotta negli Stati Uniti che ha evidenziato come alcuni di questi, per avere pubblicato post dai contenuti discriminatori o che non garantivano la confidenzialità dei dati dei pazienti, sono stati sottoposti a inevitabili provvedimenti disciplinari messi in atto dalle loro università.

4. CONFLITTI DI INTERESSE

La mancata dichiarazione di possibili conflitti di interesse in riferimento a pratiche, rimedi, suggerimenti e soluzioni contenuti in un post pubblicato su una piattaforma di social media è un altro importante aspetto che dovrebbe essere regolato nella comunicazione della salute mediata dai social media. Esistono numerose ricerche che evidenziano conflitti di interesse (non esplicitati) nella promozione di farmaci e dispositivi medici da parte di medici e specialisti. Per esempio, uno studio su Lancet condotto su 156 emato-oncologi con un profilo attivo su Twitter e che nel 2014 avevano ricevuto almeno 1.000 dollari di compensi dai produttori di farmaci emato-oncologici, ha evidenziato che 126 di essi hanno fatto riferimento, nei tweet pubblicati negli anni successivi, ad almeno un farmaco di un'azienda dalla quale aveva ricevuto un compenso, ma che solo due di questi hanno esplicitato l'esistenza di un conflitto di interessi. Un'ulteriore analisi condotta su questi tweet ha inoltre illustrato che i medici con conflitti di interesse (dichiarati o non dichiarati) tendevano a presentare meglio i farmaci per i quali esistevano questi conflitti rispetto ad altri farmaci.

Sostenere l'uso di terapie in cambio di un compenso (più o meno indiretto) si scontra con i principi etici a cui ogni medico deve attenersi. Problemi simili si presentano quando si sostiene l'uso di rimedi meno efficaci di altri (o peggio inefficaci). Tali pratiche sono da ritenersi scorrette indipendentemente dai media utilizzati per metterle in atto, e assumono particolare gravi-

tà quando si impiegano le piattaforme di social media a causa della pervasività dei contenuti diffusi.

Al fine di evitare possibili equivoci, al medico è richiesto di agire in totale trasparenza rendendo espliciti, fin dall'inizio, eventuali conflitti di interesse come oggi già avviene nell'ambito dello svolgimento di relazioni scientifiche presso enti pubblici e privati e in occasione di presentazioni a congressi e simposi.

Anche se sul web esistono diversi strumenti e suggerimenti circa le modalità di dichiarazione degli eventuali conflitti di interesse, sulle piattaforme di social media, in particolare quelle che applicano limiti di carattere ai post (come per esempio Twitter, Instagram e per certi aspetti Facebook), il problema potrebbe essere un po' più complicato.

In questi casi il conflitto di interessi potrebbe essere esplicitato inserendo nel post un "tag" elettronico (in letteratura c'è un generale accordo sugli hashtag #noCOI e #COI ad indicare rispettivamente l'assenza e la presenza di conflitti di interesse) o un link a una "disclosure form" da inserire tra le informazioni generali di profilo o nella "biografia", come per esempio quella presente sul sito web dell'International Committee of Medical Journal Editors (*International Committee of Medical Journal Editors. ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest*. Available at:

http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf) o quella dell'American Society of Clinical Oncology (<https://old-prod.asco.org/about-asco/legal/conflict-interest-coi>).

5. CONTENUTI DENIGRATORI

Partecipazione e interazione sono state alla base dello sviluppo, in questi decenni, del World Wide Web. La libera partecipazione di un individuo non consente però di esprimere opinioni o affermazioni che possano essere lesive, sotto il profilo psichico e fisico, nei confronti degli altri utenti. È importante ricordare che il reato di diffamazione esiste anche sul Web e può riguardare qualsiasi tipo di post o commento indipendentemente dal fatto che sia stato prodotto a titolo personale o professionale.

Qualunque soggetto, anche se nascosto dietro un illusorio anonimato, che si renda responsabile della pubblicazione, condivisione e diffusione di affermazioni in grado di recare danno alla reputazione di un individuo (o di un ente), potrebbe essere oggetto di azioni legali.

Non bisogna poi dimenticare che i contenuti pubblicati su Internet e sulle piattaforme di social media si prestano ad essere oggetto di fraintendimento. Infatti, a differenza delle comunicazioni tradizionali in presenza, questo genere di comunicazione non prevede l'analisi della gestualità e della mimica facciale e altri aspetti che contribuiscono ad arricchire la comunicazione. Altri strumenti, come le emoji, potrebbero modificare la percezione emotiva del messaggio. Occorre quindi che il medico presti molta attenzione per non correre il rischio, mediando la comunicazione con la sola tecnologia, di esprimere in modo scorretto il contenuto che intende comunicare.

Una proposta di raccomandazioni nell'impiego di social media da parte dei medici nella comunicazione con il cittadino/paziente.

Quella indicata rappresenta una possibile lista di raccomandazioni da fornire al medico che volesse utilizzare una piattaforma di social media per comunicare con i cittadini e i pazienti. Tali suggerimenti potrebbero essere

utili per modificare gli articoli del Codice Deontologico relativi ai paragrafi sulla Informatizzazione e Innovazione Sanitaria, sulla Informazione e Comunicazione e sulla Informazione/Pubblicità Sanitaria.

1. Nell'uso di piattaforme di social media osserva i principi deontologici e rispetta i confini professionali prevedendo, eventualmente, l'apertura di due profili, uno personale e uno professionale
2. Dichiarare che stai parlando a nome personale e non a nome della struttura in cui lavori
3. Controlla il profilo di chi ti chiede l'amicizia (per quelle piattaforme di social media - come, per esempio, Facebook - per le quali la relazione è sottoposta a un processo di abilitazione)
4. Usa cautela nell'accettare amicizie dagli assistiti/pazienti (sia nel caso di profili professionali che personali) evitando di pregiudicare la relazione medico-paziente
5. Attraverso i profili (personale o professionale) contribuisce a diffondere la cultura scientifica e l'informazione sanitaria scrivendo di salute (prevenzione, salute pubblica, promozione della salute, lotta alle fake news) e non di «medicina» e di cure, in modo da favorire l'empowerment del cittadino
6. Assicurati della validità scientifica dei contenuti diffusi attraverso i post
7. Non fornire consigli clinici individuali

8. Non pubblicare o condividere post che contengono dati sanitari personali
9. Usa cautela nell'esprimere giudizi/opinioni/commenti sugli assistiti, anche quando questi sono ritenuti anonimi
10. Ricordati che sui social media la diffamazione e il mancato rispetto della privacy e del diritto d'autore sono reati perseguibili dalle leggi italiane
11. Ricordati che quanto pubblichi sui social media può essere accessibile da chiunque e può rimanere disponibile indefinitamente
12. Ricordati che una volta che un post è stato pubblicato l'autore perde il controllo sulla sua diffusione
13. Prima di pubblicare un post, rifletti sul modo in cui i contenuti saranno percepiti dai cittadini e sulle possibili conseguenze che essi possono avere
14. Gestisci al meglio la tua privacy e i profili personali: gli strumenti disponibili allo scopo sulle piattaforme di social media sulle quali si è deciso di aprire un account possono fare molto, se usati bene
15. La discussione di casi clinici attraverso le piattaforme di social media deve garantire l'anonimato e la non riconoscibilità
16. Si suggerisce di esplicitare nel post eventuali conflitti di interessi con un "tag" elettronico (per esempio #COI o #noCOI) o con un link a una "disclosure form".

RICORDATE...!

È fatto obbligo a tutti gli Iscritti:

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

Prestanomismo

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

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

Una proposta di raccomandazioni nell'impiego di sistemi di posta elettronica nella comunicazione tra medico e cittadino/paziente.

Meno controverso è il dibattito relativo all'impiego della posta elettronica per lo scambio di informazioni tra medico e paziente, supportato da diversi studi e revisioni sistematiche condotti per misurarne l'efficacia. Tali studi suggeriscono che la posta elettronica può essere uno strumento prezioso nella gestione del follow-up dopo una visita convenzionale, nel self-management di un disturbo, nel garantire il mantenimento di un rapporto proficuo tra malato e curante nella continuità dell'assistenza, nel fornire link e materiali di approfondimento su specifiche tematiche che lo riguardano, e per gestire la routine medica (fissare appuntamenti, gestire le situazioni non di emergenza, inviare ai pazienti dei richiami per le vaccinazioni).

Ma al di là dei possibili effetti la domanda che occorre porsi è se è lecito, e in quali condizioni, usare la posta elettronica nel rapporto medico-paziente, soprattutto quando è utilizzata per veicolare informazioni sensibili.

Esistono delle raccomandazioni a riguardo pubblicate dall'American Medical Association (AMA) che regolano il rapporto medico/paziente "conosciuto" e disincentivano il rapporto medico/paziente "non conosciuto". Alcuni suggerimenti sono tecnici, per esempio l'uso di sistemi protetti e garantiti che permettano la cifratura dei messaggi, mentre altri sono di natura organizzativa, come per esempio tenere traccia nelle cartelle cliniche informatizzate delle comunicazioni che avvengono via email.

La pandemia, tra l'altro, ha determinato la necessità di semplificare la trasmissione delle ricette dematerializzate ai pazienti contingentando l'accesso negli studi medici per minimizzare i contatti e i momenti di aggregazione. Soluzioni queste rese possibili da provvedimenti legislativi a termine e che diventeranno strutturali con i provvedimenti in via di emanazione da parte del Governo. Quella che segue rappresenta una possibile lista di raccomandazioni e norme (frutto di una rielaborazione e contestualizzazione alla situazione italiana

delle norme identificate da AMA) da fornire al medico che volesse utilizzare i sistemi di posta elettronica per comunicare con i cittadini e i pazienti. Tuttavia, nella consapevolezza che la maggior parte dei sistemi di posta elettronica non offre meccanismi semplici di cifratura dei messaggi né funzioni che facilitano l'organizzazione del lavoro del medico, si suggerisce l'ulteriore sviluppo e maggiore impiego di piattaforme sul web che gestiscono la comunicazione in ambienti protetti e che si integrano con i sistemi per la gestione della scheda sanitaria elettronica oggi usati dalla maggioranza dei medici italiani.

Tali suggerimenti potrebbero essere utili per modificare gli articoli del Codice Deontologico relativi ai paragrafi sulla Informatizzazione e Innovazione Sanitaria, sulla Informazione e Comunicazione e sulla Informazione/Pubblicità Sanitaria anche tenendo conto delle norme vigenti rispetto all'utilizzo di strumenti alternativi al promemoria cartaceo della ricetta elettronica dematerializzata.

1. Usa questa modalità di comunicazione solo nel caso di pazienti conosciuti
2. Ottieni preventivamente un consenso previa una adeguata informativa al paziente all'impiego di tali sistemi anche con le modalità specifiche definite dagli organi regolatori per la tipologia di attività
3. Richiedi al paziente di non usare questi sistemi nei casi di urgenza
4. Informa i pazienti se altri avranno accesso alle loro informazioni (nel caso ciò sia possibile)
5. Non inviare mai a terzi immagini o messaggi che includono informazioni che possano rendere riconoscibile un paziente in assenza del suo consenso
6. Ove possibile, genera automaticamente una risposta di notifica della ricezione di un messaggio inviato dal paziente
7. Stabilisci i giorni e gli orari nei quali essere disponibili a rispondere alle domande poste attraverso questi strumenti
8. Stabilisci un tempo massimo per rispondere ai messaggi
9. Identifica un formato standard di messaggio per rendere più agevole la comunicazione

10. Ove possibile, archivia i messaggi con le relative conferme di ricezione e ove possibile, allegali alla cartella clinica elettronica/scheda sanitaria

11. Usa i sistemi di cifratura dei messaggi (per consentire che questi possano essere decodificati e letti solo dal reale destinatario)

12. Usa sistemi di backup dei dati per evitare perdite di dati e conversazioni importanti

13. Per tutte le attività che richiedono la comunicazione di dati sensibili, è meglio orientarsi verso piattaforme sul web che gestiscono la comunicazione in ambienti protetti e sicuri e che integrano gli oggetti della comunicazione con i sistemi per la gestione della cartella clinica/ scheda sanitaria.

La comunicazione medico-paziente mediata dai sistemi di instant-messaging.

Numerosi studi, condotti in diverse aree mediche, evidenziano come l'uso di sistemi di Instant Messaging, con particolare riferimento a Whatsapp, siano ampiamente usati nella comunicazione medico-medico e medico-paziente. Gruppi su Whatsapp nascono tra medici e loro colleghi per discutere casi clinici ed esperienze, informarsi sulle condizioni cliniche dei loro pazienti, approfondire questioni su patologie e farmaci, definire per i loro pazienti percorsi diagnostico/terapeutici, condividere le novità scientifiche provenienti da riviste e congressi, o semplicemente per organizzare il proprio lavoro in equipe. Il suo impiego, per esempio, si è rilevato strategico nel gestire le situazioni di emergenza sanitaria durante gli attacchi terroristici di Londra del 2017 e del 2019 e durante l'incendio della Grenfell Tower del 2017.

Whatsapp (e meno frequentemente gli altri strumenti di Instant Messaging) è inoltre sempre più spesso usato dai pazienti per inviare ai propri medici referti di prestazioni sanitarie, immagini mediche, video e dati clinici, ad integrazione e complemento della visita ambulatoriale. Ed è usato dagli stessi medici per comunicare con i propri pazienti al fine di gestire le visite di controllo, fornire tempestivamente risposte per gestire una

emergenza, e per attivare una sorta di “monitoraggio” (fatto da casa) della patologia di cui il paziente soffre, soprattutto quando questa è cronica.

Il loro uso è documentato anche nel campo della prevenzione, con sperimentazioni cliniche randomizzate che ne dimostrano l'efficacia (quando inseriti in una strategia che integra una terapia cognitivo comportamentale) nella cessazione dal fumo.

Sebbene gli studi sulla efficacia degli strumenti di Instant Messaging su outcome di tipo clinico siano piuttosto limitati e non sempre rigorosi, diversi sono i loro vantaggi (spesso documentati da sondaggi di opinione condotti su medici) riportati in letteratura, tra cui la semplicità d'uso, la tempestività nel fornire/ottenere risposte, l'economicità, il miglioramento della comunicazione tra medici e tra medico e paziente, l'aumento dell'efficienza dell'intervento comunicativo, la riduzione delle prestazioni ambulatoriali e dei loro tempi, il miglioramento della condivisione delle conoscenze cliniche e scientifiche. Non tutti i medici, tuttavia, sono d'accordo con queste opinioni. Molti sostengono, per esempio, che l'uso dei sistemi di Instant Messaging può ridurre la produttività, aumentare il loro carico di lavoro, aumentare il rischio (sanitario e legale) sia per gli operatori sanitari che per i pazienti, e compromettere la relazione medico-paziente.

È necessario porre anche attenzione alle criticità derivanti dal monopolio della gestione dei dati da parte di poche aziende difficilmente controllabili. La critica più importante sollevata dalla letteratura scientifica è che **non esistono linee guida e raccomandazioni nazionali o internazionali all'impiego di strumenti di Instant Messaging come per esempio Whatsapp, Telegram, Signal e Facebook Messenger**. Nonostante in Italia, nella situazione di emergenza Covid-19, siano state lanciate da parte di alcune ASL esperienze di uso di Whatsapp per l'attivazione di ambulatori virtuali per la gestione del dolore, per fornire supporto psicologico alle neo-mamme risultate positive al Covid-19 e per rendere virtuali Consultori e Sportelli Giovani, non esistono a livello regionale, nazionale e interna-

zionale linee di indirizzo all'impiego di questi strumenti. Oltre a ciò si segnala la previsione normativa per l'invio del numero di ricetta elettronica – NRE attraverso “SMS o applicazioni di telefonia mobile che consente lo scambio di messaggi o immagini”.

Il National Health Service (NHS) inglese è contrario all'impiego di Whatsapp sia nella comunicazione medico-paziente, sia in quella tra i medici. Esso ritiene infatti che, sebbene i messaggi siano criptati in transito, questo non significa che siano privati. Inoltre, sostiene che i messaggi possono essere facilmente letti su un telefono smarrito o rubato e che lo strumento non è compatibile con il GDPR anche a causa del fatto che i suoi messaggi sono memorizzati su un server negli Stati Uniti. Come alternativa, il NHS propone lo sviluppo di app di messaggistica istantanea appositamente dedicate che superino questi problemi.

Occorre tuttavia segnalare che lo stesso NHS, in seguito all'emergenza Covid-19, ha parzialmente modificato il suo giudizio da una parte lavorando con Meta, proprietaria di Whatsapp, per costruire un chatbot funzionante sul noto sistema di **Instant Messaging** al fine di fornire ai cittadini britannici le informazioni basilari sulla pandemia, dall'altra consentendone l'uso da parte di medici, infermieri e operatori sanitari per lo scambio (tra di loro) di dati di pazienti nelle situazioni di crisi. A questo proposito, già nel **2018 il NHS aveva sviluppato delle linee di indirizzo per l'impiego dei sistemi di Instant Messaging** per consentire ai team sanitari di comunicare rapidamente (nelle situazioni di emergenza) informazioni riservate sui pazienti. Tali raccomandazioni suggerivano (anche se non esplicitamente) l'uso di **Signal** (preferito a Whatsapp, Viber e Telegram) perché forniva una migliore garanzia sulla protezione dei dati (sebbene non fosse garantita, per questa come per le altre soluzioni, la continuità del servizio) e includevano suggerimenti per garantire la riservatezza dei dati condivisi (per esempio chiedendo di **cancellare il messaggio dopo averlo copiato nella cartella clinica del paziente, di evitare di archiviare immagini sullo smartpho-**

ne personale e di disabilitare la notifica automatica dei messaggi).

La scelta di Signal è peraltro in linea con quanto deciso anche dall'Unione Europea, alla ricerca di un sistema di messaggistica da suggerire ai propri dipendenti. Ciò che è comunque certo è che non esiste ad oggi alcuna linea guida (nazionale o internazionale) specifica che regoli adeguatamente l'uso di WhatsApp o altri strumenti di IM. A questa conclusione giunge anche un articolo frutto di una revisione della letteratura. Gli articoli esaminati riflettono la comprensione da parte dei medici del bisogno di consigli su come usare WhatsApp in modo etico, regolamentato e legale, ma, considerata anche la complessità della materia, non vanno oltre semplici suggerimenti dettati spesso dal buon senso. In sintesi, Whatsapp (ma la cosa potrebbe essere estesa anche ad altri sistemi di IM) è usato dalla maggioranza dei medici e dei pazienti nella relazione medico-medico e medico-paziente. Il suo uso, sebbene possa fornire una serie di vantaggi, non è regolamentato. Ciò crea un'area grigia nella quale ognuno (medico e paziente) si sente libero di agire mettendo però a rischio non solo la relazione medico-paziente, ma anche la privacy del paziente. A nome del gruppo di lavoro ICT di FNOMCeO riteniamo sia venuto il momento di affrontare la questione in Italia per arrivare almeno a stilare una serie di raccomandazioni che possano ridurre l'area grigia e individuare confini e modalità per un suo uso che sia compatibile con il Codice Deontologico.

Le tematiche da affrontare in una **possibile regolamentazione dell'uso dei sistemi di Instant Messaging** come strumenti di comunicazione in medicina riguardano aspetti tecnici, etici, organizzativi, legali, senza dimenticare la confidenzialità dei dati e la privacy, e **non sono diverse da quelle relative all'uso dei social media e dei sistemi di posta elettronica** per le quali il presente documento ha stilato delle raccomandazioni. Si potrebbe partire da queste ultime, cercando di coinvolgere, per gli aspetti legati alla privacy, il Garante per la Protezione dei Dati Personali.

21 LUGLIO 2023

Su salute Italia spaccata in due, dare ruolo forte a Ministero e investire risorse

"È il momento di attribuire un ruolo forte al Ministero della Salute, con risorse dedicate ad appianare le disuguaglianze di salute che dividono il nostro Paese".

Parola di Filippo **Anelli**, presidente della **Fnomceo**, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, che così commenta i risultati del rapporto **"Le Performance Regionali" del Crea - Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità**, presentato questa mattina a Roma. Otto le Regioni promosse, di cui solo Veneto, Trento e Bolzano con lode. Sette quelle rimandate e sei le bocciate, in base a una valutazione su sei dimensioni che vanno dall'appropriatezza e l'equità delle cure agli aspetti economico-finanziari e all'innovazione.

"Il Rapporto Crea Sanità sulle performance regionali – spiega Anelli - ci dà, chiaramente e in maniera drammatica, il quadro di un'Italia spaccata in due, con 29 milioni di italiani, residenti nelle otto Regioni in alto nella

classifica, che godono di una buona assistenza sanitaria, e altrettanti, quasi tutti nelle Regioni del Centro-Sud, che potrebbero incontrare serie difficoltà nell'accesso alle cure".

"Soprattutto in vista della riforma per l'autonomia differenziata – aggiunge – è fondamentale ripianare tali disuguaglianze. Sinora le Regioni, a 22 anni dalla Riforma del Titolo V, non ci sono riuscite. È quindi il tempo di rafforzare il ruolo centrale del Ministero della Salute. E di dedicare una percentuale del Fondo sanitario nazionale a colmare le differenze, in modo da far partire le Regioni tutte dalla stessa linea. Altrimenti, le differenze non faranno che acuirsi, con una frattura che causerà il crollo del nostro Servizio sanitario nazionale".

"Anche il II Rapporto sul Sistema sanitario italiano – prosegue Anelli - 'Il termometro della salute', redatto da Eurispes ed Enpam, e presentato sempre stamattina, accende un riflettore sul fenomeno della mobilità sanitaria, che porta i cittadini a 'emigrare', per curarsi, verso strutture pubbliche

di altre Regioni, per ottenere prestazioni non erogabili nel territorio di residenza a causa dei deficit. Si innesta così un circolo vizioso, per cui le Regioni in difficoltà devono pagare le prestazioni a quelle in condizioni migliori, che possono così contare su risorse extra da investire in strutture e personale, a beneficio dei cittadini residenti. Il gap tra Regioni, così, si amplia ulteriormente".

"Infine – conclude Anelli - il XX Rapporto Osservasalute 2022, curato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, e presentato sempre oggi, evidenzia come la mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari sia quasi il doppio in Campania rispetto a quella registrata nella Provincia autonoma di Trento. È nostro dovere porre fine a queste ingiustizie, che rinnegano i principi costituzionali di tutela della salute, di uguaglianza, di garanzia dei diritti fondamentali. Che sconfessano i principi di equità, uguaglianza, universalità, solidarietà messi a fondamento del nostro Servizio sanitario nazionale".

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)

Qualità dell'aria, gli Ordini dei Medici dicono sì alla nuova Direttiva europea

La nuova Direttiva sulla qualità dell'aria, che - proposta dalla Commissione europea nell'ottobre 2022 e attualmente in discussione - introduce soglie più restrittive per gli inquinanti, incassa il sì degli Ordini dei Medici.

Il Consiglio nazionale della **FNOMCEO**, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, composto dai 106 presidenti degli Ordini territoriali e riunito in questi giorni a Roma, ha infatti approvato all'unanimità una **Mozione**, su iniziativa della **Commissione Ambiente e Salute**, che ne sostiene l'applicazione.

Oltre **50mila** l'anno: tante sono, in **Italia**, secondo l'*European Environmental Agency*, le morti premature dovute all'inquinamento atmosferico. A partire da tale dato, la **FNOMCEO** ritiene indilazionabili gli interventi a tutela della sostenibilità ambientale proposti dalla Commissione europea e *"auspica che le scelte della politica sappiano svilupparsi in decisioni di ampio respiro che consentano al nostro paese una reale prospettiva di salute, benessere ed equità"*.

Secondo la **FNOMCEO**, l'accogliimento della nuova direttiva costituirebbe *"un importante progresso nella direzione voluta dall'OMS (2021) riguardo ai valori limite degli inquinanti atmosferici ritenuti dannosi per la salute umana"*.

"In Italia - esplicita la Mozione - l'area della Pianura padana è quella che presenta le maggiori problematiche. Del fatto sono sicuramente responsabili le condizioni meteorologiche e geografiche, ma studi recenti condotti nell'ambito del progetto Life-PrepAIR individuano tra l'altro fattori responsabili dell'inquinamento da polveri sottili nell'area in questione: la combustione di combustibili fossili per riscaldamento (soprattutto legna

e pellet), il trasporto stradale (con emissioni di ossidi di Azoto, precursori di particolato), l'agricoltura e gli allevamenti intensivi (emissioni di ammoniaca, precursori di particolato). A questi è da aggiungere il contributo degli impianti industriali alimentati con combustibili fossili".

Gli interventi in tali settori, secondo la **FNOMCEO**, risultano dunque *"imprescindibili"*.

"Questi interventi - assicura la Mozione - non sono una minaccia per l'economia e l'industria. Senza voler entrare nel merito di come adeguare gli interventi alle specifiche realtà locali, il risultato di un rinvio o di un'inazione è evidente e purtroppo già verificato nelle sue drammatiche conseguenze. Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene che la flessibilità delle regole, condizionata solo da esigenze economiche del breve periodo, aggravi il danno per la salute dei cittadini in termini di malattia e di morte, acuisca la crisi del clima e gli eventi estremi che ne derivano, aumenti in modo insostenibile i costi sanitari (pandemie comprese) e i danni conseguenti agli eventi estremi (alluvioni, siccità, frane, ecc...), compromettendo alla fine le reali prospettive di sviluppo".

Il Consiglio Nazionale della **FNOMCeO** è concorde: *"La professione medica non può esimersi dall'intervenire nel dibattito sulla proposta della Commissione Europea nella prospettiva della tutela della salute globale, che rappresenta certamente la precondizione anche per garantire uno sviluppo economico e sociale di medio e lungo termine"*. E questo anche in ragione dell'articolo 5 del Codice di deontologia medica, che *"richiama i professionisti alla promozione delle politiche ambientali, quali elementi che sostanziano la tutela della salute*

individuale e collettiva, senza la quale non sono realizzabili obiettivi di benessere ed equità sociale". E in virtù degli articoli 9 e 41 della Costituzione, dedicati alla tutela dell'Ambiente, della Biodiversità, degli Ecosistemi. Articoli che gli Ordini, come Enti sussidiari dello Stato, sono tenuti a onorare impegnandosi nella tutela dell'ambiente, quale determinante di salute.

"La nostra mozione - spiega Claudio Lisi, Coordinatore della Commissione Ambiente e salute della FNOMCEO, in una video-intervista al Tg Sanità della Federazione - sta a indicare che, come tutela della salute del cittadino, è importante aderire a quelle che sono le indicazioni della Commissione europea. Dobbiamo evitare che quelli che sono i danni da inquinamento e i danni ambientali possano arrecare sempre più una preoccupazione per la salute del cittadino. Mi auguro che la nostra mozione venga fatta propria dalla comunità politica, che possa attuare tutte le misure e aderire a quello che è il programma richiesto dalla Comunità europea".

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.

300 borse di studio per i figli dei liberi professionisti

Anche quest'anno l'Enpam accompagna negli studi universitari i figli dei medici e dei dentisti che fanno libera professione. Il bando 2023 mette a disposizione 300 borse di studio universitarie ai figli degli iscritti attivi – anche se pensionati – che versano la Quota B.

FINO A 4.650 L'ANNO

Il bando, che si è aperto il 26 luglio, è rivolto agli studenti universitari che nell'anno accademico 2022/2023 hanno frequentato un corso di laurea e stanzia per loro 300 assegni di 3.100 euro, a cui si accede secondo criteri di reddito e di merito. Un importo che viene maggiorato del

50 per cento (per diventare di 4.650 euro) per i più meritevoli, che si laureano con 110 e lode.

REQUISITI E DOMANDE

Il bando è rivolto agli universitari fino a 26 anni, in regola con gli studi. Vale a dire che devono avere conseguito tutti i crediti degli esami previsti per gli anni precedenti e almeno la metà di quelli dell'anno accademico 2022/2023.

Le domande sono aperte fino al 20 ottobre e possono essere presentate esclusivamente tramite l'area riservata del sito dell'Enpam.

Il bando, come accennato, prevede requisiti di reddito che sono più fa-

vorevoli all'aumentare del numero di componenti del nucleo familiare del richiedente e nel caso siano presenti familiari con invalidità.

1,4 MILIONI DI EURO

I fondi stanziati per le borse di studio ai figli universitari dei contribuenti di Quota B è di circa 1,4 milioni di euro e si aggiunge allo stanziamento previsto per gli universitari, figli della generalità degli iscritti Enpam, che hanno ottenuto l'ammissione ai collegi di merito.

Per questi esiste infatti un'altra borsa specifica più alta, fino a 5mila euro, che può essere richiesta fino al 22 settembre.

Sussidio di neo-natalità anche ai padri

In caso di nascita di figli, l'Enpam darà un sussidio non più solo alle mamme, ma anche ai padri. E se entrambi i genitori sono camicisti bianchi il bonus verrà moltiplicato per due. L'importo base è di 2mila euro per ogni figlio di medico oppure di odontoiatra (che diventano 4mila per chi contribuisce da libero professionista da almeno tre anni). Il contributo di neo-natalità è destinato alle spese dei primi dodici mesi di vita, come quelle di baby sitting e di asilo nido. "Lo avevamo promesso e lo abbiamo fatto – ha commentato il presidente dell'Enpam Alberto Olivetti –. Del resto, la crisi della natalità è una vera problematica per la previdenza del futuro, ed è nostro dovere dare un segnale. Con

ogni probabilità non sarà un aiuto economico a cambiare scelte di vita, ma di certo un bonus permetterà ai professionisti di poter conciliare meglio lavoro e famiglia, e di vivere più tranquilli l'esperienza della genitorialità". La novità dell'estensione della tutela ai genitori di entrambi i generi è stata approvata dall'Enpam lo scorso ottobre e questo mese ha ricevuto il via libera dei ministeri vigilanti. Oggi il Consiglio di amministrazione ha approvato il bando per i sussidi per i nati nel 2022 e 2023. Le domande si potranno presentare a partire dal 26 giugno prossimo. L'anno scorso, quando potevano presentare domanda solo le mamme medico, a beneficiare della misura sono stati 1.600 bambini.

Il sussidio di neo-natalità Enpam per i medici e gli odontoiatri è subordinato a limiti di reddito familiare ed è cumulabile con altre misure che sono garantite a tutti, come il bonus asilo nido che lo Stato distribuisce tramite l'Inps (minimo 1.500 euro fino ai tre anni d'età).

E se le spese aumentano, Enpam raddoppia il bonus

Nel primo anno di vita, il "costo" di un figlio va dai 7mila ai 17mila euro. A fare il punto sui rincari rispetto al 2021 è l'Osservatorio nazionale di Federconsumatori, che segnala spese lievitare fino al 27 per cento. All'aumento del costo della vita, l'Enpam ha risposto con l'incremento delle tutele per i propri iscritti, estendendo ai papà il sussidio di neo-natalità che finora veniva erogato solo alle mamme in camicie.

La misura di sostegno di 2mila euro (che diventano 4mila euro per i liberi professionisti) verrà moltiplicata per due se entrambi i genitori sono medici o dentisti.

Specialisti esterni +4% di contributi, ma sconto sulla Quota B

I medici e gli odontoiatri non dipendenti che lavorano per strutture accreditate con il Ssn (cliniche private, poliambulatori, centri diagnostici, ecc) da quest'anno avranno un contributo a loro carico, che si somma al 2% che i datori di lavoro versavano già per loro.

Per legge, infatti, le strutture accreditate devono pagare all'Enpam un contributo calcolato in percentuale sul fatturato prodotto nei confronti del Servizio sanitario nazionale. Questo 2% viene poi accreditato sulle posizioni contributive dei professionisti (non dipendenti) che, con il loro lavoro, concretamente hanno permesso alle strutture di generare questo fatturato. I medici e gli odontoiatri si ritrovano poi queste somme nell'estratto conto contributivo Enpam (gestione Specialisti esterni).

Dall'inizio del 2023 per effetto di una riforma Enpam che rimette a posto i conti della gestione previdenziale degli Specialisti esterni, e che allo stesso tempo mira a dare pensioni più ade-

quate a questi professionisti, al contributo aziendale del 2% deve aggiungersi un ulteriore contributo del 4% a carico dei diretti interessati.

COSA FARE

Chi si trova in questa condizione non deve fare niente. Saranno infatti le stesse strutture a trattenere il dovuto e a versarlo all'Enpam. I conguagli verranno fatti nel corso dell'anno.

VANTAGGI

Oltre a maturare una pensione più alta, il fatto di versare contributi alla gestione degli Specialisti esterni, permette ai medici e agli odontoiatri in questione di pagare la Quota B dimezzata.

Al momento di dichiarare il proprio reddito libero-professionale (Modello D, scadenza 31 luglio), i medici e gli odontoiatri che lavorano per strutture accreditate con il Ssn potranno quindi scegliere l'aliquota ridotta del 9,75% invece di quella intera del 19,50% proprio perché contribuiscono già a un'al-

tra gestione di previdenza obbligatoria. Inoltre, tra i vantaggi è bene considerare che il contributo del 4% è interamente deducibile dal reddito imponibile.

FARSI I CONTI IN TASCA

Chiaramente il vantaggio sta nel fatto che il medico ha maggiore libertà di scelta su cosa fare con i propri soldi. Dal punto di vista pensionistico, tuttavia, sarebbe però più vantaggioso accantonare sia il 6% della gestione Specialisti esterni (2% sul fatturato aziendale, più il doppio a proprio carico) sia prediligere il contributo intero di Quota B. Infatti chi più versa più riceverà di pensione.

Ps: nel programmare il futuro un libero professionista non deve mai dimenticare di paragonarsi agli altri. I dipendenti, per esempio, accantonano in previdenza almeno il 33% del proprio reddito. Se in proporzione si sceglie di versare molto meno, il proprio tenore di vita post-lavorativo ne risentirà.

RADIOPROTEZIONE

Un altro corso FAD della FNOMCeO è online sulla piattaforma FadInMed: si tratta de **"La radioprotezione ai sensi del D.Lgs. 101/2020 per medici e odontoiatri"**. Il corso illustra nei dettagli le novità legate all'introduzione della nuova normativa sulla radioprotezione, di grande interesse per tutta la classe medica ed odontoiatrica, anche perché ha determinato un obbligo formativo ECM in materia di radioprotezione ("i crediti specifici in materia di radioprotezione devono rappresentare almeno il 10% dei crediti complessivi previsti nel triennio per i medici specialisti, i medici di medicina generale, i pediatri di famiglia..., e almeno il 15% per i medici specialisti e gli odontoiatri che svolgono attività complementare").

L'opera è particolarmente utile per gli esercenti l'attività radiodiagnostica complementare: odontoiatri e medici non specialisti in radiologia o medicina nucleare che utilizzano radiazioni ionizzanti per la pratica clinica quotidiana.

Il corso si articola in 4 moduli con videolezioni e questionari ECM e ogni unità didattica si compone di una prima parte tecnico normativa, a cui segue un recap/applicativo per riepilogare, anche con l'utilizzo di mappe concettuali, gli argomenti trattati.

Il corso (ID 371228) eroga **8 crediti ECM** e sarà fruibile online dal **01 gennaio al 31 dicembre 2023**.

Come guadagnare con la previdenza complementare

Dopo un difficile 2022, con i mercati finanziari in caduta libera, il 2023 è iniziato con dati decisamente più incoraggianti. Il rallentamento dell'inflazione, il miglioramento della situazione energetica in Europa, e numeri sulla crescita migliori di quanto si temesse, sono stati tra i fattori che hanno permesso, se non proprio un rimbalzo, quantomeno una ripresa generalizzata delle quotazioni. Una circostanza che, comprensibilmente, ha avuto riflessi positivi anche sui rendimenti dei fondi pensione complementari. Questi ultimi, grazie alle politiche di investimento adottate, sono riusciti a contenere gli effetti negativi del 2022, e a prendere subito il treno della ripresa non appena il barometro della finanza internazionale è tornato a far segnare bel tempo.

UN SISTEMA SOLIDO

A confermare in maniera del tutto ufficiale questa tendenza è stata recentemente la Covip, l'organo di vigilanza degli stessi fondi pensione. Intervenedo in un dibattito pubblico, Lucia Anselmi, direttore generale della Covip appunto, ha assicurato che il sistema dei fondi pensione "è solido e ha una grande capacità di reazione". Con la pandemia e la guerra si temevano ripercussioni sul sistema dettate da emotività, ma questo non è accaduto, perché, come ha spiegato sempre la Anselmi, "il sistema ha una grande capacità di reazione e svolge in modo appropriato la propria funzione: nonostante i rendimenti negativi del 2022, se guardiamo i rendimenti decennali o ventennali, questi si confer-

mano infatti positivi". E questo perché non bisogna mai dimenticare che gli investimenti previdenziali sono di lungo periodo.

IL CASO FONDOSANITÀ

E in questo senso un caso esemplare è quello di FondoSanità, il fondo pensione complementare chiuso per i medici e gli odontoiatri e le altre professioni sanitarie.

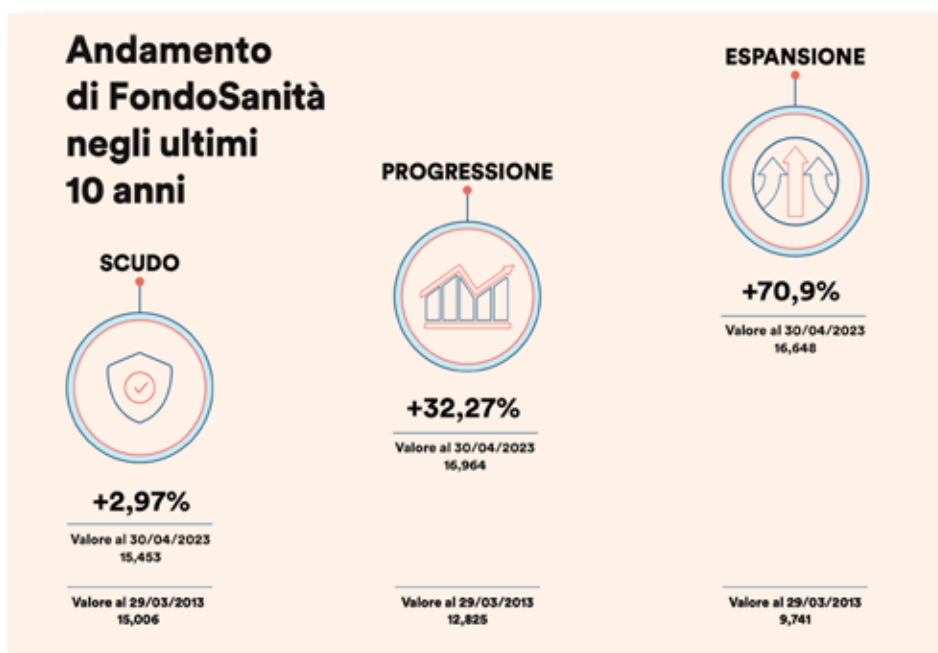
Anche questo fondo, e non poteva essere altrimenti, ha risentito della *débaclé* finanziaria del 2022, ma se si vanno a guardare i numeri sul lungo periodo, quello che ha più importanza per chi decide di affidare i propri risparmi a un fondo pensione, si vede allora che i conti tornano e in maniera anche molto significativa in alcuni casi. Negli ultimi dieci anni i valori delle quote dei tre comparti che offre il fondo complementare dei camici bianchi, sono sempre cresciuti, e in alcuni casi con *performance* di straordinario rilievo.

DIECI ANNI DA INCORNICIARE

Emblematico in questo senso l'andamento del Comparto Espansione di FondoSanità, quello che si connota per una maggiore esposizione azionaria e dunque più soggetto alle oscillazioni dei mercati.

In questo caso il valore della quota è passato da 9,741 di fine marzo 2013, a 16,648 di fine aprile 2023 (ultimo dato aggiornato) con un incremento poco inferiore al 71 per cento. Discorso molto simile, seppure con dati leggermente meno eclatanti, per il comparto Progressione, quello con una struttura di portafoglio bilanciata, il cui dato assoluto di riferimento del rendimento è passato da 12,825 di fine marzo 2013, a 16,964 di fine aprile 2023 con un aumento, comunque, consistente di più del 32 per cento.

Meno appariscente, ma meritorio di una segnalazione, infine, il comportamento del Comparto Scudo, che comunque già per sua stessa natu-



ra è orientato verso attività a basso rischio. In questo caso il valore delle quote è passato da 15,006 di fine marzo 2013 a 15,453 di fine aprile 2023 facendo segnare un aumento di quasi il 3 per cento.

VANTAGGI SOPRATTUTTO PER I GIOVANI

Anche per FondoSanità poi, come già accennato a proposito degli altri fondi, il 2023 è cominciato nel migliore dei modi, con tutti e tre i comparti che a marzo hanno fatto segnare valori del-

le quote in aumento rispetto a quelle con cui si era chiuso il 2022, l'annus horribilis. Un segnale evidente di ripresa che deve essere da stimolo per ricordare a tutti, e soprattutto ai giovani camici bianchi, quanto possa essere lungimirante cominciare fin da subito a investire parte dei propri risparmi in un fondo complementare. E questo perché sono proprio i più giovani che possono avere i maggiori vantaggi dalla previdenza integrativa, proprio per quanto ricordato sopra a proposito degli investimenti di lungo periodo.

È dimostrato storicamente, infatti, che investendo in obbligazioni e azioni in un arco di tempo medio-lungo i risultati sono positivi e che gli investimenti azionari sono quelli che rendono maggiormente.

Il tutto senza dimenticare gli innegabili vantaggi fiscali che si possono ottenere affidando i propri risparmi a un fondo pensione: i contributi versati sono infatti oneri deducibili per un importo fino 5.164,57 euro

GIUSEPPE CORDASCO

Quando la previdenza costa solo il 2 per cento

Per uno specializzando c'è un modo per guadagnare di più e versare i contributi all'Enpam con un'aliquota super vantaggiosa. L'esempio pratico del binomio "mensile più alto e contribuzione leggera" è quello di un medico in formazione specialistica che presta attività intramoenia in forze a un reparto ospedaliero che necessita di personale medico.

Accade ad esempio all'ospedale Niguarda di Milano, dove è in vigore una convenzione con l'Università Bicocca che regola l'impiego degli specializzandi in Anestesia e rianimazione. I medici in formazione specialistica possono quindi lavorare al Centro di medicina iperbarica – che necessita una frequente turnazione di medici con formazione specifica – ed essere pagati di più sotto forma di attività libero professionale intramuraria.

Per questi medici, al compenso previsto dal contratto di formazione si aggiunge un extra per il lavoro in intramoenia. Sui compensi derivati da

quest'ultima attività si può richiedere l'aliquota agevolata del 2 per cento per il versamento della Quota B dell'Enpam.

SPECIALIZZANDI E DOTTORANDI

Costruire la pensione, un mattone alla volta e con un'aliquota super ridotta relativa l'attività intramoenia, è quindi una possibilità non solo dei medici dipendenti pubblici. Il vantaggio di versare con l'aliquota del 2 per cento sui redditi da libera professione è infatti aperto anche agli specializzandi e ai dottorandi.

A chiarirlo è il Centro studi dell'Enpam, chiamato ad esprimersi sul quesito di un medico iscritto a un corso di specializzazione e impiegato in attività lavorative extra-formazione.

QUANDO GLI SPECIALIZZANDI FANNO INTRAMOENIA

I medici in formazione specialistica possono svolgere attività libero professionale intramuraria in base all'articolo 40 del decreto legislativo

368 del '99. Un analogo permesso ce l'hanno i medici iscritti a un dottorato di ricerca, in virtù della nota 436/2014 del Miur.

I medici in formazione specialistica possono quindi prestare libera professione all'interno delle mura ospedaliere quando questa è consentita dall'azienda ospedaliera in cui fanno formazione.

DICHIARAZIONE DEI REDDITI, DOVE CERCARE

Quindi se si svolge attività intramoenia e il relativo reddito compare nel punto "4" della Certificazione unica (altri redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente), al momento di dichiarare i redditi libero-professionali all'Enpam è possibile chiedere di pagare i contributi di Quota B con l'aliquota del 2 per cento anziché con quella intera del 19,5 o ridotta del 9,75 per cento. I redditi da intramoenia infatti anche se sono assimilati a redditi da lavoro dipendente a fini fiscali, restano redditi libero-professionali a tutti gli effetti, con tutti i vantaggi contributivi che ne conseguono.

Quest'agevolazione riguarda solo i compensi extra da attività intramuraria e non riguarda le borse di studio ordinarie degli specializzandi che, fino a che non verrà cambiata la legge, restano sottoposte all'obbligo di versare il 24 per cento alla gestione separata dell'Inps.

Come stanno le giovani dottoresse

Quando stava per entrare in sala parto per dare la vita al suo primo figlio, la dottoressa di famiglia siciliana ha sentito squillare il suo telefono. In linea c'era la collega che la sostituiva nel suo studio, per comunicarle che avrebbe rinunciato all'incarico. Il ricorrente rebus di trovare un sostituto è diventato un rompicapo drammatico per la pediatra di libera scelta romagnola, quando la vita di suo figlio di pochi mesi era appesa a un filo, ricoverato con lei per le conseguenze di un'infezione. In quel momento ha dovuto dividersi tra l'assistenza al piccolo e il solito dilemma: chi mi sostituisce in studio?

PAROLA ALLE CONVENZIONATE

Sono alcune delle testimonianze condivise da dottoresse convenzionate nel corso di un forum-intervista organizzato dal Giornale della previdenza per indagare sulle esigenze emergenti di una professione sempre più in rosa. Racconti di vita vissuta, che

riflettono l'ordinario disagio di vivere in bilico tra le difficoltà della professione in camice e della maternità. Un'occasione per fare il punto su problemi, esigenze e soluzioni sperate. Tra gli elementi maggiormente ricorrenti emersi nel corso dell'intervista online, spiccano la difficoltà di reperire sostituti nel periodo della maternità, il desiderio di un sistema di tutele nel periodo dell'allattamento, un adeguamento dell'importo e delle tempistiche dei sussidi per la genitorialità. Chi ha parlato di sé sarà citata solo per nome, per non rendere riconoscibili i figli.

IL RISCHIO DEL PANCIONE

C'è chi racconta di essere diventata mamma mentre era ancora sostituta. "Tra nausee e dolori addominali ho dovuto affrontare il problema di stare male da subito e non potere lasciare il lavoro", dice **Elena**. In quel momento "si è incrinato qualcosa, perché per la prima volta dovevo tutelare la mia salute, quella di mio figlio, ma se avessi

lasciato il lavoro non avrei avuto nessun introito immediato". "Abbiamo testimonianza di colleghe che sono dovute andare a lavorare con una preeclampsia in corso, durante fecondazioni assistite o una gravidanza a rischio", dice invece **Diletta**. Fortunatamente alcune cose sono cambiate: da quest'anno la gravidanza a rischio è diventata una tutela previdenziale vera e propria: si ha diritto alla stessa indennità come se si fosse assenti per maternità. Anche se il fattore tempo resta: "Le indennità arrivano mesi dopo, le spese sono adesso", puntualizza **Alice**. Nel caso delle convenzionate per la medicina generale (non le pediatre di libera scel-

ta, perché l'accordo nazionale non lo prevede) c'è anche l'assicurazione per i primi trenta giorni di malattia, che copre le assenze per patologia.

DUE ANNI PRIMA

Se una gravidanza durante la gavetta comporta le sue difficoltà, diventare mamma con la convenzione in tasca ne comporta potenzialmente altre. L'indennità di maternità corrisponde all'80 per cento del reddito professionale. Per legge, però, l'importo è calcolato non sul reddito dell'anno precedente ma di quello prima ancora. "Dal momento che adesso entriamo in convenzione molto prima rispetto al passato, i due anni precedenti sono molto spesso quelli del corso di formazione quando la borsa percepita è molto bassa", racconta **Noemi**, medico di famiglia. "È vero che c'è un importo minimo di legge e che l'Enpam lo aumenta ancora, per cui si ha comunque una tutela garantita – ricorda –, però può non essere sufficiente per coprire le spese dello studio e del sostituto".

E per chi è massimalista? **Simona** fa l'esempio: "Un medico di medicina generale, di sesso femminile, in età fertile, prende la convenzione, diventa subito massimalista e inizia ad avere figli. Il suo reddito lordo è alto ma l'indennità ha un tetto, e al massimo può arrivare a poco più di 5.600 euro al mese. Anche questo limite è fissato dalla legge, ma la Cassa ha la facoltà di fissare un importo massimo più elevato tenendo conto delle capacità reddituali e contributive della categoria professionale e della compatibilità con gli equilibri finanziari dell'ente", dice con tono propositivo citando la norma e ricordando le tante spese per chi ha personale infermieristico e segreteria. "Se poi si fa un secondo figlio due anni dopo, l'indennità finirà per essere calcolata sul periodo in cui si è state assenti per maternità, quindi un'ulteriore riduzione", continua.



freepik.com - 10231539 - Immagine di Valeriy su Freepik

CAMBIAMENTI

“Quando ho iniziato io a lavorare tanti anni fa non avevamo niente come previdenza per le donne – ricorda **Monica Oberrauch**, che ha partecipato all'intervista come consigliera di amministrazione dell'Enpam –. Ai tempi eravamo molto sotto pressione e abbiamo cercato di mantenerci assolutamente competitive con i nostri colleghi uomini, e non sempre questo ha giovato per la salute. Sono molto contenta che ci siano stati tanti cambiamenti anche a livello legislativo, ma soprattutto nella cultura della società. Come in altre categorie, sono poche le donne medico che fanno figli. Cercheremo di fare di tutto per non far perdere la voglia alle colleghe di fare figli e di dare la possibilità di stare vicino a loro e di goderseli, a partire dall'allattamento”. “Io ho una figlia che oggi ha 27 anni e una volta effettivamente non avevamo nulla per la maternità, non tutte le donne medico della mia generazione hanno avuto un supporto e una rete familiare – dice **Antonella**, pediatra –, posso assicurare che è stato molto difficile. Tante

colleghe hanno finito per separarsi o divorziare e i figli ne hanno risentito. Anche io mi auguro che si possa sempre più supportare le madri non solo nei primi anni ma anche negli anni successivi. Mia figlia ha rischiato due volte di morire e non ho avuto sostegni. Ma in condizioni come queste io devo potermi dire ‘mio figlio sta male, e così male che io non devo pensare a trovarmi un sostituto’”.

EMERGENZA SOSTITUTI

Un diritto a non preoccuparsi che è sancito dagli accordi convenzionali nazionali: quando non ci sono le condizioni per organizzare la propria sostituzione, deve pensarci l'Azienda (articolo 36 Acn medicina generale e articolo 34 della pediatria di libera scelta). Punto. Il problema è che a causa della programmazione carente del passato, oggi in molte aree del Paese i sostituti non si trovano. E per senso di responsabilità o senso di colpa, le giovani mamme convenzionate si ritrovano a fare sforzi che si traducono in racconti allucinanti: “Mi sono trovata in ospedale, in travaglio,

ancora al telefono con il sostituto che dovevo seguire perché appena uscito dall'università, e senza sapere se una settimana dopo sarebbe rimasto”, dice **Giulia**. Per molte la situazione è migliorata una volta entrata in un gruppo o in una rete. “Le soluzioni, secondo me, sono le associazioni e le future aggregazioni funzionali territoriali, all'interno delle quali ci si può sostituire tra colleghi”, dice Francesca, con la prima figlia nata tre settimane prima di aprire l'ambulatorio e una seconda maternità avuta successivamente. “Io sono stata fortunata con i sostituti – prosegue – ma fra poco nel mio stesso studio arriverà una collega, madre di 3 figli, e l'idea è proprio quella di sostenerci a vicenda in futuro”. “Bisogna pensare all'allattamento e alle necessità nei mesi successivi ai cinque di assenza canonici”, dice **Silvia**. “Da pediatre siamo bravissime a insegnare alle altre madri come gestire il biberon e la ripresa del lavoro – racconta Elena –. Poi quando è capitato a me, non c'è stato verso. O lo allattavo io al seno o mio figlio non mangiava. Una frustrazione enorme”.

Centinaia di giovani si sono candidati per l'App

Sono centinaia in tutta Italia i giovani medici che hanno fatto domanda alla propria Regione per candidarsi all'App, il meccanismo ideato dall'Enpam che permette ai medici anziani di andare in pensione part-time e di essere affiancati da un nuovo collega.

Ogni Regione ha pubblicato i due elenchi App dei medici da incaricare, quello dei medici di medicina generale e quello dei pediatri di libera scelta. In base alla posizione in graduatoria, i giovani medici saranno affiancati a un loro collega che ha maturato i requisiti

per la pensione e ha scelto di continuare a lavorare part time cominciando a percepire una pensione parziale dall'Enpam.

PIÙ PEDIATRI CHE MEDICI DI FAMIGLIA

La possibilità di affiancare un collega più esperto per ottenere da subito una convenzione a tempo indeterminato ha attratto più pediatri che medici di famiglia. Nel **Lazio** la graduatoria dei pediatri da incaricare conta quasi il doppio di aspiranti (96 contro 58) rispetto a quella dei medici di medicina generale.

La preponderanza dei pediatri è ancora più accentuata in **Lombardia** (99 e 31) e in **Sicilia** (47 e 16), dove i medici di famiglia sono circa un terzo dei pediatri. La proporzione è ribaltata in **Campania** (i pediatri sono 58 e i mmg 83), unica eccezione tra le grandi regioni. Sono pochi invece i giovani camici bianchi che hanno approfittato dell'App in **Emilia-Romagna** (9 e 3), in **Veneto** (5 pediatri e un solo mmg) e in **Liguria** (8 e nessun medico di famiglia).

GLI ESCLUSI

Alcune domande di ammissione alla procedura di ricambio generazionale non sono state accettate. I giovani medici sono stati esclusi dalla graduatoria per due motivi principali: hanno fatto domanda dopo la scadenza del 30 aprile oppure perché non risultavano presenti nella graduatoria regionale del 2022.

MARCO ZUCCARO

Etica medica in tempi di crisi

STRUTTURA E CHIAVI METODOLOGICHE DI UN PROCESSO DI RICERCA

di **Horacio Riquelme U.**

Traduzione del testo originale a cura di **Lorenzo Toresini**.

Premessa: La pubblicazione in italiano (giugno 2022) del libro sull'esperienza esistenziale ed etica dei medici durante i governi civili-militari in Argentina, Cile ed Uruguay, ha reso necessario un testo di presentazione in lingua italiana, ed ha aperto un'opportunità di ricapitolare sia le premesse teoriche e metodologiche, sia lo sviluppo di questo progetto di ricerca, realizzato nei tre paesi, con interviste semistruzzurate e profonde a cinquanta medici nelle capitali e nelle altre città e la loro interpretazione circostanziata⁽¹⁾.

Prefazione: La prefazione del traduttore Lorenzo Toresini spiega come l'etica medica sia tuttora sempre ancora in crisi soltanto in psichiatria. Le cure condotte senza il consenso dei pazienti, i ricoveri contro la loro volontà, le terapie con l'elettroshock, la psichirurgia e simili dimostrano quanto a tutt'oggi l'etica medica in Psichiatria sia diversa da quella del resto della Medicina. Non si dimentichi che i campi di concentramento nazisti sono nati sostanzialmente dai manicomi.

Riassunto del testo: Nel corso di un periodo di quasi vent'anni, nella seconda metà del XX secolo, nelle società di Argentina, Cile e Uruguay ci furono dei governi di eccezione. Con grande affinità con i sistemi repressivi e con finalità programmatiche dominò in

essi un clima di intimidazione, paura, oppressione che spesso pose l'attività professionale dei medici in conflitto con la legge e con i diritti umani⁽²⁾. Il libro *Etica médica in tempi di crisi* entra nei problemi specifici delle pratiche quotidiane e nelle questioni di etica professionale dei medici nei tre paesi dell'America del Sud, nelle circostanze di quell'epoca.

La documentazione di questo studio deriva dalle attività: 1) della Commissione Internazionale dei Professionisti della Salute (IChP/CINPROS, organizzazione consultiva dell'OMS, OIT e ONU sui Diritti Umani e la Salute) di Ginevra; 2) dal forte appoggio dei partecipanti sudamericani al simposio annuale "Cultura e situazione psicosociale in America Latina" (1987-1993) di Amburgo; 3) dagli atti e dai materiali dei congressi e dei seminari precedenti sulla tematica nelle università dell'America del Sud. Tutti questi atti vennero realizzati precedentemente alla creazione di una banca dati sui "Diritti Umani e Salute Mentale in America Latina" presso l'Università di Amburgo.

La ricerca ebbe luogo ad Amburgo e, grazie all'interazione con l'Istituto delle Ricerche Sociali di Amburgo –di parte eterodossa nello studio dell'epoca nazionalsocialista e la sua influenza diretta e latente nella società tedesca durante e dopo la seconda guerra mondiale– portò come conseguenza a una migliore comprensione delle circostanze giuridiche, sociali e culturali della dominazione totalitaria e permise



di stabilire paralleli e differenze nella dimensione storico-sociale fra la Germania Nazionalsocialista e le società dell'America del Sud.

Per questo studio era essenziale la conoscenza dell'azione reciproca nella gestione professionale e nell'etica medica durante le dittature militari in Sud America e nella Germania nazionalsocialista. Fu fondamentale la descrizione sistematica della pratica medica sia nelle attività repressive che criminali che nell'opposizione attiva in entrambe le circostanze storiche. Il confronto diacronico di queste due epoche ci permette di chiarire somiglianze e differenze fondamentali⁽³⁾.

La categoria di „**situazione borderline**“ acquista -secondo il tema- un significato centrale nella percezione

(1) Vi sono edizioni in spagnolo, inglese e tedesco (vedansi le Referenze).

(2) "Medici uruguayani furono fatti scomparire, conobbero il doloroso percorso dell'esilio, furono incarcerati, perseguitati e assassinati. Tuttavia il fatto più sconvolgente per la corporazione medica nazionale fu la constatazione progressiva, dopo le perplessità e l'iniziale incredulità, della partecipazione dei medici a atti di tortura dei prigionieri del regime. Le atrocità del nazismo finirono per essere accadimenti distanti nel tempo e lo spazio per inserirsi in una realtà quotidiana che risulta a tutt'oggi difficile da accettare". (Introduzione a "Médicos Protagonistas" del Dr. J. Lorenzo O: p. 8)

(3) Il confronto con la medicina sotto la dominazione nazista aiuta a superare "l'ostacolo epistemologico" (Bachelard) che nasce da un potere totalitario nella dimensione immanente del suo potenziale distruttivo e che impedisce ogni percezione diretta delle sue circostanze, poiché "la riluttanza a indagare senza tante cerimonie tutte le implicazioni del terrore sono esse stesse un sintomo sublimato del terrore" (L. Löwenthal)

delle esperienze descritte dai medici durante le rispettive dittature. Qui si parla di una terra ignota: si sa poco o nulla delle esperienze personali e professionali -dal punto di vista degli aderenti ai regimi o delle persone colpite- sotto tali regimi. È più comune emettere giudizi generali e categorici sui tempi del terrore piuttosto che osservare come gli abusi di potere e gli ordini all'obbedienza illimitata abbiano influenzato gli individui.

Esempio:

Un uomo di mezza età si presenta nello studio privato di un medico generico con il mal d'orecchie. L'esame diretto dei condotti uditivi mostra la rottura delle membrane di entrambi i timpani e richiede al medico di eseguire un trattamento locale con antibiotici e raccomandare il riposo. Si tratta di una ferita semplice, ma provocata dallo shock di pressione di un lacrimogeneo esploso vicino al paziente, lanciato dalla polizia per disperdere una manifestazione spontanea. Il medico deve informarsi sulle cause della lesione e confrontarsi con il silenzio del paziente o ricevere informazioni dettagliate sull'intervento repressivo. Durante lo stato di eccezione, il medico è tenuto con decreto a segnalare immediatamente ciascuna di tali situazioni. Il paziente viene quindi considerato ferito in uno scontro con le forze dell'ordine e chiamato a testimoniare in Questura. Non chiedendo il medico la causa della perforazione dei timpani, non considera aspetti importanti, ad esempio condizioni di lavoro con rumori forti, e fornisce un trattamento sintomatico per ciò che può portare alla cronicizzazione delle lesioni e alla sordità permanente.

Questo esempio di prassi medica durante la dittatura civile-militare mostra la pressione permanente a cui erano esposte le attività quotidiane in Argentina, Cile e Uruguay sotto il terrorismo di Stato.

È possibile dare risposte alle seguenti domande: "Che margine di buona prassi ha il medico? A quali pericoli

espone il suo paziente denunciandolo alla Polizia? E il medico curante può salvaguardare i diritti del malato, senza contravvenire al decreto?"

Esigenze contraddittorie condizionano l'attività professionale dei medici e condizionano la loro gestione come agente sanitario nella propria società. Il significato della paura come costante esistenziale e le sue ripercussioni nella vita quotidiana, nonché l'influenza strutturale dell'apparato repressivo, ancora in vigore dopo il ritorno alla democrazia formale, aiutano a comprenderne gli effetti sulla percezione di sé delle persone nel tre paesi durante e dopo l'era delle dittature civili-militari. Questa ricerca antropologica sui **medici come attori sociali** affronta la condizione esistenziale dei medici come partecipanti diretti della società e della cultura contingente:

„Ogni uomo... dispiega una certa attività intellettuale, cioè è un 'filosofo', un artista, un uomo di buon gusto, partecipa a una concezione del mondo, ha una sua linea di condotta morale, e quindi contribuisce a sostenere o modificare una concezione del mondo e a far nascere un nuovo modo di pensare.” (Gramsci: p. 15)

Medici, insegnanti e sacerdoti sono considerati in Sud America come leaders formali della società civile. Oltre a una posizione sociale di rispetto, sono loro attribuite funzioni uniche nel trattamento sociale e culturale nella loro comunità. Gramsci esprime come si costituiscono un'opinione e una visione del mondo così personali, mentre il processo filosofico di mettere in discussione e definire ha luogo nella sfera quotidiana. Si può garantire che le opinioni di un medico abbiano attributi di autorità sociale. È quindi utile chiedere ai membri di questo gruppo professionale la storia recente. Le interviste, su temi specifici della professione, sono incentrate su un rapporto esplicito del rispettivo contesto storico e sociale.

Usiamo una concettualizzazione dell'**etica medico-professionale** basata sulla distinzione proposta da Max Weber tra etica della convinzione ed etica della responsabilità, che, in situazioni di conflitto etico, permette di definire la differenza tra una decisione basata su canoni e precetti, e una decisione propria e personale.

Un'**etica della convinzione** si basa su credenze e idee trascendentali, basate su principi concepiti come irriducibili, al di fuori dei criteri individuali. Nelle situazioni conflittuali essa porta a comportamenti non riflessivi e indiscutibili e le decisioni obbediscono a criteri di autorità (ragione superiore) e negano ogni possibilità di disaccordo. Un'**etica della responsabilità** ha una base argomentativa di criteri aperti, motiva gli interessati a fondare linee di pensiero ponderate e comunicabili, fondate sulle proprie esperienze e su principi di conoscenza e accettazione generale, ha l'obiettivo di definire posizioni alternative di libertà e sovranità, criteri e decisione.

Mentre nell'etica della convinzione si invoca un'istanza esterna di autorità e/o trascendenza, per risolvere il processo decisionale di fronte a uno specifico problema professionale, nell'etica della responsabilità si tende a dirimere le istanze normative della disciplina e del dovere individuale da una prospettiva critica e delimitando la questione di „chi è responsabile e per che cosa“.

L'**ambiente sociale e culturale** dei partecipanti è considerato affetto da condizioni tipiche della post-dittatura civile-militare: restano tacitamente valide norme autoritarie di condotta sociale e personale; un'atmosfera repressiva emerge in varie situazioni della vita quotidiana e l'interazione personale è alimentata dalla sfiducia⁽⁴⁾. Per delimitare la nostra ricerca, abbiamo seguito le seguenti **ipotesi di lavoro**: 1) l'intervento militare ha provocato un taglio esistenziale nei medici par-

(4) „... Il punto cruciale del regime totalitario sta nel terrore, che però non si attua arbitrariamente, né sulla base di un desiderio di potere individuale (come nella tirannia), ma secondo processi sovraumani e con i loro limiti naturali e storici. 1Poiché tale terrore sostituisce il quadro della legge... è, per così dire, la "legge" che non può più essere violata... Discutere sulla libertà con i sostenitori dei movimenti totalitari è un'impresa così straordinariamente difficile, perché essi non sono solo poco disinteressati alla libertà umana, cioè alla libertà dell'agire umano, ma la considerano pericolosa per la libera articolazione dei processi naturali o storici» (Arendt: p. 711):

tecipanti. Ha influito sulla vita di ogni persona e le ha costrette ad adattare il proprio „progetto di vita“ alle circostanze attuali; 2) i crimini e le violazioni dei diritti umani (compresi quelli dei medici) in ogni società erano di dominio pubblico e - contrariamente a quanto avvenne dopo il nazismo in Germania non sono stati oggetto di negazionismo oscurantista o tabù cognitivo e 3) la consapevolezza etico-professionale dei medici intervistati concorda con la loro autodefinizione sociale nei confronti della storia recente. Nel colloquio personale con i medici, abbiamo orientato le nostre **aree tematiche** verso un'indagine sistematica sulle condizioni di vita e la riflessione in situazioni di conflitto etico-professionale su: 1) com'era la vita quotidiana e l'esercizio della professione medica in quel periodo? 2) cosa si sapeva del coinvolgimento dei medici nelle violenze umane, ad esempio nella tortura? 3) qual'è l'atteggiamento di ciascun medico intervistato nei confronti di tali atti? E 4) esiste una relazione tra la sensibilità verso le situazioni di conflitto eticoprofessionale e l'esperienza acquisita sotto il regime totalitario?

Un aspetto centrale della ricerca fu quello di identificare e intervistare i medici con lavoro regolare a tempo indeterminato e continuativo nella loro città di residenza. In ogni Paese consulenti e collaboratori locali hanno fornito informazioni riservate per trovare i medici da intervistare, delimitare il rispettivo ambito di attività e stabilire così la loro posizione nel tessuto sociale (risorsa socioantropologica del „**campionamento teorico**“) in tre categorie: „Pro “ (incline alla gestione civile-militare), „Neutrale“ (astensione) e „Opposizione“ (contrasta alla gestione civile-militare). Ci fu poi un quarto gruppo di „Giovani“, che avevano conseguito la laurea professionale alla fine o dopo la dittatura, le cui opinioni avevano rilevanza individuale per apprezzare le varie sfumature dell'ambiente sociale in quel periodo di transizione.

Il colloquio narrativo semistrutturato, nucleo organico dello studio, si è svolto in condizioni fisiche e tempi discreti, due o più ore, già previsti nel primo contatto⁽⁵⁾. L'obiettivo era quello di creare un ambiente adeguato per un'interazione comunicativa approfondita:

“La normale comunicazione colloquiale era guidata da regole intersoggettivamente valide; era pubblica. I significati comunicati furono sostanzialmente identici per tutti i membri della comunità linguistica... Nell'uso riflessivo del linguaggio abbiamo esposto in categorie inevitabilmente generali l'inalienabilmente individuale... per esprimere indirettamente il Sé non identico... L'uso linguistico è incorporato in quello riflessivo perché l'intersoggettività della comprensione colloquiale non può essere preservata senza l'autorappresentazione reciproca dei soggetti parlanti” (Habermas p. 9192)

L'essenza delle domande riguardava argomenti di forte agitazione emotiva, il cui trattamento è insolito nella vita di tutti i giorni, e manifestava l'interesse elementare dell'intervistatore. Ogni intervistato doveva verificare che la propria opinione personale fosse necessaria in quanto tale:

“La natura aperta di ciò che viene chiesto dipendeva dal non determinare la risposta. Ciò che veniva chiesto doveva essere tenuto in sospeso per generare il giudizio probatorio e decisivo... Si doveva creare una suspense, in modo che le posizioni virtualmente opposte si equilibrassero a vicenda. Ogni domanda completava il suo senso transitando attraverso quella sospensione, in cui diventava una domanda aperta. Ogni domanda aperta rivendicava quel carattere franco.” (Gadamer: p. 345) L'approccio individuale e l'interazione personale con ciascun intervistato ha portato a un processo di ricerca in diverse biografie e posizioni, senza dimenticare alcuna linea di pensiero e di azione.⁽⁶⁾

La presentazione del ricercatore agli informatori e ai medici intervistati è avvenuta nella sua veste di accademico dell'Università di Amburgo, originario del Sud America, residente per diversi decenni nella Germania Federale. Pur essendo cresciuto nell'area geografica dello studio, non conosceva gli usi e costumi del momento e si comportava da osservatore esterno, piuttosto riservato. Il progetto stesso venne descritto come un'indagine socioantropologica sull'etica medica in Sud America.

Chiavi elementari: questo progetto di ricerca ha evitato una trattazione deduttiva dell'intersezione tematica tra etica medica, diritti umani e condizioni esistenziali dei medici durante il periodo della dittatura civile-militare nei tre paesi. L'approccio esplorativo e induttivo ai temi della ricerca – dal punto di vista dell'etica antropologica e discorsiva – e l'analisi ermeneutica delle interviste ottenute hanno permesso di accedere sia alle vicende specifiche di quel periodo sia alle diverse percezioni e atteggiamenti dei medici.

Pensiamo alla lotta permanente tra Mnemosine e Lete. La saga greca evocava Mnemosine come dea della memoria e madre delle muse (campionesse di tutte le arti), responsabile davanti agli dei come testimone e conservatrice di „tutto ciò che è stato, è e sarà“. Lete era il patrono dell'oblio e abitava i luoghi della morte, gli interessava negare i fatti e offuscare la memoria. La mitica lotta tra Mnemosine e Lete è simbolica anche in Sud America.

Comunque c'è ancora una grande resistenza a chiarire il ruolo della medicina durante le dittature militari e la trasparenza etica nella pratica medica è spesso assente. Un atteggiamento etico nella prassi medica e sociale sembra essere possibile solo attraverso un duro lavoro di ricerche, analisi e riflessioni sulla nostra storia e dei suoi stessi autori.

(5) La richiesta di due ore per svolgere l'intervista non sembrò spaventare gli interlocutori: la mancanza di tempo è normale in tutto il mondo per evitare situazioni indesiderate. Alcuni di loro hanno sottolineato che tale condizione sine qua non li aveva convinti della serietà del progetto.

(6) La posición de médicos como testigos y actores de la sociedad contingente creó la necesidad de publicar dieciocho entrevistas *in extensi* en “Médicos protagonistas”

Referenze:

- Arendt, H. (1991: 711): Elemente und Ursprünge totalitärer Herrschaft, München
- Bachelard, G. (1974): Epistemologie. Ausgewählte Texte. Ullstein Verlag Frankfurt/M
- Gadamer, H. (1960: 345)): Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Mohr Verlag Tübingen
- Gramsci, A. (1973): Cuadernos de la cárcel. Los intelectuales y la organización de la cultura. Editorial UNAM México
- Habermas, J. (1975): Der Universalanspruch der Hermeneutik. In: Holzer & Steinbacher [Hrsg.] Sprache und Gesellschaft. Hoffmann und Campe Verlag Hamburg
- Löwenthal, L. (1990): Untergang der Dämonologie. Studien über Judentum, Antisemitismus und faschistischen Geist. Reclam Verlag Leipzig
- Riquelme, H. (1995): Entre la obediencia y la oposición: Los médicos y la ética profesional bajo la dictadura militar. Editorial Nueva Sociedad, Caracas
- Riquelme, H. (1995) Médicos protagonistas. Entrevistas narrativas sobre las condiciones de vida y de ética profesional bajo la dictadura militar. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo
- Riquelme, H. (1998): Medizinische Ethik in Krisenzeiten. Ärzte zwischen Gehorsam und Auflehnung unter der Militärdiktatur in Südamerika. Nomos Verlagsgesellschaft. BadenBaden
- Riquelme, H. (2000): Medical Ethics in Times of Crisis - Physicians under Military Dictatorships in South America. En: nucleo-dev.s3-website.eu-central-1.amazonaws.com/
- Riquelme, H. (2002): Ética médica em tempos de crisis. Los médicos y las dictaduras militares en América del Sur. Editorial CESOC. Santiago de Chile
- Riquelme, H. (2022): Etica medica in tempo di crisi. Traduzione und prefazione di Lorenzo Toresini. Aracne. Roma
- Weber, M. (1968): Gesinnungsethik und Verantwortungsethik. Soziologie, weltgeschichtliche Analysen. Politik. A. Kröner Verlag. Stuttgart

Assurdità alimentari

DALLE FAKE NEWS ALLA SCIENZA DELLA NUTRIZIONE

**Marco Capocasa
e Davide Venier**
CASTELVECCHI EDITORE, 2023

Sinossi del manoscritto

Assurdità alimentari è stato realizzato con l'intento di proporre una lettura riguardante i temi dell'alimentazione e della nutrizione umana che possa essere di interesse per il grande pubblico, di facile comprensione e in grado di offrire spunti di riflessione.

Il libro, con la prefazione del Dott. Carlo Chiarla, docente di dietetica presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, è strutturato in quattro parti. La prima parte, *Passato, presente e futuro*, è un breve excursus storico-evolutivo riguardo al ruolo dell'alimentazione e della nutrizione nell'evoluzione umana e sulle strategie di sussistenza che la nostra specie ha sperimentato nel corso della sua storia. In questo capitolo raccontiamo dei cacciatori-raccoglitori del paleolitico, della transizione neolitica legata alla coltivazione dei campi e all'ad-

domesticamento del bestiame e dei conseguenti cambiamenti nelle abitudini alimentari che questo passaggio ha rappresentato. Discutendo del rapporto di *Homo sapiens* con il cibo, dei problemi legati alla sua disponibilità e delle capacità di approvvigionamento nei differenti luoghi in cui è stato in grado di stanziarsi, arriveremo a spiegare come questi aspetti hanno influenzato scelte, abitudini e interazioni sociali. Per poi inoltrarci nella storia più recente della nutrizione umana, guardandola con gli occhi degli scienziati che negli ultimi due secoli si sono dedicati ad essa: dagli studi sul metabolismo a quelli sulle vitamine, giungendo infine ai recenti sviluppi della nutrigenetica e della nutrigenomica.

Nella seconda parte, *Nutrizione, evoluzione, disinformazione*, torniamo sulla questione del rapporto tra evoluzione umana e nutrizione, mostrando come essa conduca inevitabilmente a riflessioni che portano a sovrapporre i piani della natura biologica e culturale degli esseri umani. Dagli albori



della nostra storia evolutiva, contrassegnati dai numerosi cambiamenti nella cosiddetta "nicchia alimentare" che il genere *Homo* ha dovuto affrontare già a partire dai suoi primi passi in Africa, allo sviluppo delle pratiche agricole e dell'allevamento del bestiame, arriveremo a raccontare poi altre dinamiche storiche.

In particolare, quelle più recenti che riguardano i cambiamenti economici e sociali legati al passaggio delle società umane da preminentemente agricole a industriali, avvenuto a partire dal XVIII secolo e noto come industrializzazione. Per poi giungere ai mutamenti culturali legati alla globalizzazione a partire dalla seconda metà del secolo scorso e, ancora di più, in questo primo scorcio di Ventunesimo secolo.

Queste trasformazioni hanno inciso sugli stili di vita e, di conseguenza, anche sulle scelte alimentari delle persone, affiancandosi all'incremento della produttività dell'industria alimentare su scala globale che ha finito per mettere a disposizione dei consumatori anche una varietà di cibi caratterizzati da uno scarso valore nutrizionale e da un elevato contenuto di zuccheri e di grassi.

Nel capitolo discutiamo come i mezzi di comunicazione di massa, su tutti la televisione e il web, siano veicolo pubblicitario e, al tempo stesso, strumento di diffusione di presunte "verità", seppur prive di qualsiasi fondamento

scientifico, che hanno prodotto abitudini alimentari consolidate. Una vera e propria selva di informazioni prive di fondamenti scientifici riguardanti, per esempio, i valori nutrizionali di determinati cibi e i loro effetti sulla salute umana.

La terza parte del libro, *Assurdità alimentari*, è dedicata proprio a queste notizie errate e alle false credenze che possono fuorviare le persone, allontanandole da uno stile di vita realmente sano. Con questo capitolo proponiamo un'esplorazione della "mitologia alimentare" (e la loro decostruzione sulla base della letteratura scientifica recente), seguendo un percorso fatto di tante piccole tappe che abbiamo ritenuto essere rappresentative e maggiormente significative. Scorrendo le pagine il lettore si imbatte in varie microstorie, come quella che "i carboidrati la sera fanno ingrassare", o l'altra sul vantato effetto depurativo dell'acqua e limone.

Per non parlare di quelle sull'ananas brucia-grassi o sul latte scremato povero di calcio. Abbiamo inoltre pensato di allargare la discussione anche

ad altri aspetti mitizzati, non direttamente legati a specifici alimenti, ma che riguardano particolari regimi alimentari, come le diete detossificanti e dei gruppi sanguigni.

Il volume si conclude con una sezione dedicata all'approfondimento.

Con *Per saperne di più* abbiamo costruito un percorso bibliografico esplicativo, mirato a suggerire pubblicazioni scientifiche e ulteriori letture a chi desidera esplorare con maggiore ricchezza di dettagli i vari argomenti che abbiamo trattato nel libro.

Per ciascuno di essi abbiamo riportato quelle che riteniamo essere le principali fonti specialistiche e divulgative di base, nella speranza di soddisfare ulteriormente la curiosità dei lettori e di mettere a loro disposizione i riferimenti per continuare a muoversi nel mondo della nutrizione.

Le ultime pagine le abbiamo infine riservate a un breve *Glossario*, per fornire qualche elemento aggiuntivo "a portata di mano", utile a facilitare ulteriormente la comprensione del testo.

ECM GRATUITO SULLA SALUTE DIGITALE

Da oggi venerdì 19 maggio 2023 tutti i medici e i dentisti, accedendo alla piattaforma **Tech2Doc** dell'**Enpam**, potranno seguire un corso Ecm gratuito sulla salute digitale. Il corso garantirà ai partecipanti il rilascio di 5 crediti formativi e sarà il primo di una serie di 4 appuntamenti che potranno essere seguiti anche indipendentemente uno dall'altro. "La sanità digitale non è di là da venire, ma è già tra noi e di fronte alla sfida delle continue innovazioni tecnologiche dobbiamo ripensare la nostra professione – ha commentato il presidente dell'Enpam **Alberto Olivetti** -. Bisogna quindi fare in modo che l'intelligenza artificiale e tutti i nuovi strumenti digitali non arrivino a minacciare il lavoro di medici e odontoiatri, ma diventino un amplificatore delle loro competenze".

Tutti e quattro i corsi proposti attraverso il portale **Tech2Doc.it** avranno al centro lo sviluppo della sanità digitale e potranno contare su **Healthware Group** in qualità di partner scientifico e su **Metis** quale provider Ecm. Gli appuntamenti su **Tech2Doc**, tutti gratuiti, saranno organizzati in quattro distinti corsi di formazione a distanza (Fad), in ognuno dei quali verrà approfondito un aspetto diverso. Il primo corso, già disponibile, presenterà un focus sui cambiamenti che stanno avvenendo nel percorso di cura. Il secondo modulo, che verrà rilasciato a giugno, riguarderà invece lo sviluppo e la validazione degli strumenti di digitalizzazione sanitaria. Il terzo Fad, che sarà disponibile sul sito **Tech2Doc** da luglio, sarà dedicata alla regolamentazione e ai modelli di accesso. Infine, per agosto, è fissato il rilascio dell'ultimo corso che presenterà un approfondimento sulle applicazioni specifiche della salute digitale.

