

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica

In questo numero:

**Ruolo dell'intelligenza artificiale
nella relazione medico-paziente pag. 4**

**La Giornata del Medico
e dell'Odontoiatra di Verona pag. 9**

Le Cure Palliative a Verona pag. 21

Agricoltura Cellulare pag. 30

4

**DICEMBRE
2023**

VERONA MEDICA

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

Anno LVIII n. 4 DICEMBRE 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
freepik.com > 69602486
Freepik

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** *Ruolo dell'intelligenza artificiale nella relazione medico-paziente*

NOTIZIE DALL'ORDINE

- 6** *Verbalì del Consiglio e delle Commissioni*
9 *La Giornata del Medico e dell'Odontoiatra di Verona, il Giuramento di Ippocrate con focus sulle criticità della professione*

ALBO ODONTOIATRI

- 12** *Verbalì della Commissione Odontoiatri*

LETTERE

- 13** *Attacco informatico all'Azienda Ospedaliera di Verona*
14 *Il medico di base e il certificato difficile*
15 *Vaccinazione contro l'Herpes Zoster Ma è davvero necessaria?*
17 *L'Ambulanza Infermierizzata in collegamento con il medico della centrale operativa*
18 *I medici in Italia sono tutelati contro le aggressioni fisiche? La mia vicenda personale parrebbe smentirlo*

AGGIORNAMENTO

- 21** *Le Cure Palliative a Verona: Cura, Relazione e Comunicazione*

PROFESSIONE E LEGGE

- 25** *Obbligo ECM, come salvarsi dalle sanzioni*
26 *Decalogo del Garante Privacy sull'uso dell'intelligenza artificiale*

STORIA DELLA MEDICINA

- 27** *GABRIELE ZERBI - Ricerca, clinica e deontologia nell'opera di un medico veronese del Rinascimento*

ATTUALITÀ

- 30** *Agricoltura cellulare: la carne coltivata tra presente e futuro, dubbi e prospettive*
33 *Verso una nuova "Pletora Medica"?*
34 *Spesa sanitaria pro-capite L'Italia è al 16° posto tra i Paesi europei Ocse*
34 *Dati Ocse, Italia al terzo posto*
35 *Arrivano le Case di comunità spoke fatte dai medici*
36 *Plebiscito per il SSN: per tre italiani su quattro la sanità deve essere pubblica*
38 *Salute digitale tra formazione e informazione, privacy e Cybersecurity*

FOMCeO

- 39** *I 45 anni del Servizio Sanitario Nazionale, un'eccellenza Italiana*
41 *ECM, Anelli (Fnomceo): Valorizzare formazione sul campo*
42 *Covid, la Fnomceo in audizione alla Camera*

ENPAM

- 45** *ENPAM: via libera al preconsuntivo 2023 e al preventivo 2024 Ok anche a modifiche statutarie*
45 *Quando l'Inps ti paga l'Enpam*
46 *Come si calcola la pensione dei medici ospedalieri*
48 *Scopri quanto pagano gli altri*
48 *Quota A, via libera alla riforma dai ministeri vigilanti*
50 *Contributo società odontoiatriche: perché conviene pagare e come fare per mettersi in regola*
51 *Malattia e infortuni, tutele per chi fa libera professione*
52 *IN RICORDO DI: Massimo Gerosa e Giuseppe Maschio*

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.

Ruolo dell'intelligenza artificiale nella relazione medico-paziente

Nei secoli scorsi le scoperte rivoluzionarie hanno avuto un denominatore comune: nello stesso momento nel quale introducevano mutamenti epocali, spesso sono state inconsapevolmente sottovalutate dall'uomo. Così avvenne per l'invenzione della stampa, delle macchine a vapore, dei processi di chimica industriale e per l'utilizzo dell'energia atomica. Ma, sempre, la specie umana è progredita solo quando ha imparato a utilizzare la tecnologia con prudenza e saggezza.

L'Intelligenza artificiale è già con noi nella vita di tutti i giorni. Questi algoritmi sono software di apprendimento automatico avanzato con algoritmi comportamentali estesi e stanno migliorando rapidamente le loro capacità e le loro risposte, i loro output, sulla base di un ampio set di dati forniti dall'uomo. L'intelligenza artificiale non teme confronti con l'intelligenza umana in termini di velocità e di capacità di calcolo. Tuttavia, il cervello umano al momento possiede inimitabili capacità percettive, maggiori capacità di ragionamento, di astrazione, insuperabili capacità critiche, autocritiche e creative.

Sono già molte le applicazioni nel campo della medicina e della chirurgia: l'intelligenza artificiale può facilitare l'accuratezza diagnostica, può agevolare la lettura delle immagini come avviene in radiologia, in dermatologia, in oculistica, aiuta il monitoraggio e il controllo del percorso di riabilitazione e rende più efficienti i flussi all'interno dell'unità operative, dal triage alla gestione delle emergenze. Qual è il punto comune di tutte queste attività? Molto probabilmente "tutte hanno la caratteristica di far risparmiare tempo e questo tempo potrebbe diventare un tempo che il medico può sfruttare a favo-

re della relazione medico-paziente" (Chiara Mannelli). In particolare, durante la pandemia l'aumento del digitale e l'impiego dell'intelligenza artificiale hanno permesso di raggiungere traguardi impensabili, ad esempio nella sorveglianza e nel tracciamento dei casi, nelle proiezioni utilizzate per prevedere l'andamento della pandemia e soprattutto nell'utilizzo di modelli matematici che portarono ad un rapido, potremmo dire inaspettatamente rapido, sviluppo dei vaccini.

Che cosa ci aspettiamo dai sistemi di intelligenza artificiale? Ci auguriamo che ci possano aiutare a sbrigare più rapidamente le questioni burocratiche, liberando i medici dalla "schiavitù da tastiera", permettendo loro di avere più tempo ed energie da dedicare alla relazione con i pazienti. Ci auguriamo che i sistemi non portino a risparmiare sul personale come è successo con i piloti degli aerei, ma è opinione abbastanza diffusa che questo non riguarderà la nostra categoria. In realtà, i medici, oggi devono domandarsi quanto vogliono essere automatizzati, ben sapendo che nella relazione medico-paziente, anche se entrerà l'intelligenza artificiale, il medico dovrà mantenere sempre l'umanità, l'empatia, la capacità di un linguaggio non verbale che l'algoritmo non possiede. Queste caratteristiche sono alla base della unicità della relazione medico-paziente e di ogni colloquio che ognuno di noi svolge con i vari pazienti nel corso della sua giornata lavorativa.

Quali aspetti ci spingono ad essere prudenti? Questi sistemi per funzionare hanno bisogno di dati con i quali essere *allenati*. Questi dati, questo input, avviene ad opera delle Big Tech- Google, Amazon, Apple e Microsoft: sono evidenti, quindi, le implicazioni che la raccolta di dati

sanitari comporta in termini di regole sulla trasparenza, sulla privacy, sulla legittimità della raccolta, e ovviamente sulla necessità di renderli anonimi. C'è poi il problema della *black-box* e della *explainability*. È indispensabile che il medico mantenga un ruolo critico, evitando di rivestire un ruolo marginale nel processo decisionale o, peggio ancora, nella relazione con il paziente, che lo porterebbe sulla strada di un pericoloso de-skilling, conseguenza di essersi affidato ciecamente alla capacità diagnostica della macchina.

Con l'introduzione del consenso informato fu scardinato il paternalismo e il dogmatismo di una certa figura di medico che era riassunto nel motto *doctor knows best*. Oggi, di fronte al "terzo incomodo", dobbiamo valutare bene il ruolo che i sistemi di intelligenza artificiale possono avere nei processi decisionali dei pazienti.

Ma, soprattutto, quello che dobbiamo evitare è che il vecchio motto di cui sopra, non venga sostituito dal motto *computer knows best*. Quindi, ai tempi dell'intelligenza artificiale cambia il consenso informato e diventa ancora più importante di quanto esso sia oggi. Il medico dovrà informare il paziente cercando di essere esaustivo sia sulla probabilità di errore dei sistemi, sia sul passaggio della *black-box*. Per far questo, è indispensabile un percorso formativo del medico che lo metta in grado di conoscere quanto si appresta a proporre al paziente: in un mondo ideale i medici dovranno acquisire competenze di informatica, di sistemi digitali, di biostatistica, cioè possedere *digital skills*.

Nel corso della storia, la relazione medico-paziente è stata influenzata dall'evoluzione delle conoscenze

mediche e delle conseguenti modifiche della pratica clinica. Ciononostante, la natura profonda ed essenziale della relazione è rimasta la stessa per circa 25 secoli. La relazione medico-paziente è caratterizzata da un'intrinseca dimensione morale, con due aspetti peculiari: una è l'asimmetria, dato che curante e curato, nel loro rapporto, difficilmente sono sullo stesso piano; essa, inoltre, è una relazione obbligata, quantomeno inizialmente, nel senso che quando abbiamo bisogno di un collega ci mettiamo ciecamente nelle sue mani.

Oggi, la crisi della medicina occidentale è in buona parte riconducibile alla crisi della relazione medico-paziente e a questo proposito credo che noi tutti abbiamo una certa responsabilità. In passato, eccessiva attenzione è stata posta agli aspetti biologici, meno alle sofferenze e alle preoccupazioni del paziente. La super specializzazione della formazione ha fatto sì che i vari specialisti si occupassero tutti di un pezzetto, perdendo di vista la globalità dell'interlocutore, talvolta utilizzando toni paternalistici o linguaggi non adatti al paziente. Ma il vero problema è il tempo irrisorio che oggi viene dedicato alla relazione con i pazienti: in alcuni Paesi non più del 15 %, rispetto a quello speso per la digitazione dei dati. Troppo poco tempo viene dedicato all'ascolto dei pazienti che vengono frequentemente interrotti, pazienti che da parte loro sono sempre più saccenti, spesso diffidenti, essendosi già consultati con il "dott. Google".

Oggi ci domandiamo: c'è il rischio che l'intelligenza artificiale falsi il rapporto fiduciario medico-paziente, nel senso che tale rapporto diventi un rapporto a tre medico-paziente-algoritmo, con quest'ultimo in grado di interferire nella relazione medico-paziente? Questo non accadrà se i sistemi di intelligenza artificiale, di medicina digitale verranno considerati "strumenti" seppure sofisticati, come in passato sono stati il fonendoscopio, l'ecografo, e se i medici continueranno a svolgere un ruolo di supervisione, di monitoraggio, utiliz-

zando le capacità che li rendono unici rispetto alle macchine: l'intuizione, la flessibilità e l'empatia, le *soft-skills*.

Noi ci auguriamo che questi algoritmi permetteranno ai medici di avere più tempo, più energie, che dovranno essere proficuamente impiegati nella relazione con i pazienti, ai quali sarà possibile dedicare più tempo per l'ascolto e la cura, tempo che, com'è noto, fa parte della relazione di cura. Quali sfide etiche pone l'intelligenza artificiale? Il rischio etico è che gli esseri umani possano diventare parte del meccanismo senza averne consapevolezza. C'è la possibilità che le tecnologie, possano in futuro modellare i nostri ambienti spingendoci ad adattarci a loro: di qui la nascita dell'algoretica (Paolo Benanti).

Su questi temi nel settembre 2019 il presidente del Consiglio Conte chiese al Comitato Nazionale per la Bioetica un suo pronunciamento sull'utilizzo dell'intelligenza artificiale nel campo della salute. Il Comitato Nazionale per la Bioetica elaborò un documento insieme al Comitato Nazionale per la Biosicurezza, la Biotecnologia e le Scienze della vita. Le principali raccomandazioni del documento furono: che siano predisposti accurati controlli sui dati utilizzati per l'addestramento delle macchine sperimentando queste tecnologie prima di usarle sull'uomo, a tutela della correttezza della relazione e della comunicazione medico-paziente.

Andrà ripensata la formazione del medico (...). La relazione medico-paziente, viene sottolineato, dovrà prevedere una comunicazione adeguata alle nuove tecnologie nella quale il paziente verrà informato in modo corretto sui rischi e benefici derivanti dall'utilizzo dell'IA. Anche l'Unione Europea propose una bozza di regolamento, nella quale descrisse una intelligenza artificiale antropocentrica, sostenibile, sicura e inclusiva in conformità ai valori della UE. Secondo questo documento, l'intelligenza artificiale viene considerata uno strumento nelle mani dell'essere umano che potrà spegnerla semplicemente premendo un tasto.



Il Presidente OMCEO Carlo Ruggiu

L'Unione Europea è andata oltre con l'AI Act, che potrebbe diventare legge entro il 2026.

Quindi, viviamo una fase storica di passaggio fra una generazione, la nostra, di medici analogici, formati sui principi Ippocratici, ed i giovani medici, nativi digitali, che lavoreranno tutta la vita con l'intelligenza artificiale. In ogni caso, la relazione medico-paziente dovrà riacquistare l'importanza e la dignità che le spetta, confermandosi anche per il futuro uno dei cardini della nostra professione. Se riusciremo a coniugare quello che la tecnologia ci offre con i bisogni del paziente, senza che il medico abdichi al suo ruolo fondamentale nella relazione di cura, assisteremo al passaggio dalla medicina ippocratica a quella del terzo millennio.

Il medico del futuro dovrà riappropriarsi di un ruolo di guida e di supervisione, utilizzando la propria intelligenza e le capacità che lo rendono superiore all'intelligenza artificiale che al momento non possiede. In un futuro prossimo ognuno dei vari attori dovrà fare la sua parte: il Medico dovrà mantenere il paziente al centro della sua professione, le Scuole di Medicina dovranno prevedere non solo competenze digitali e tecnologiche, ma anche aspetti di etica e di deontologia e gli Ordini dovranno essere garanti del percorso formativo dei futuri colleghi nei confronti della cittadinanza, partecipando alla loro formazione nei corsi di laurea.

CARLO RUGGIU
PRESIDENTE OMCEO VERONA

Verbali del Consiglio e delle Commissioni

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 13 SETTEMBRE 2023

**Convocazione ore 20.00
Sala Consiglio**

Consiglieri presenti: C. Ruggiu,
A. Tomezzoli, L. Cordioli, A. Elio,
E. Boscagin, F. Bertaso, A. Musso,
F. Gobbi, G. Accordini, F. Facincani,
L. Formentini, G. Carrara

Revisori dei conti:

P. Cirillo, V. Braga

Funzionaria amministrativa:

R. Maffioli

Legale: Avv. D. Gobbi

Assenti giustificati: C. Pastori,
S. Bellamoli, A. Guglielmi,
U. Luciano, F. Orcalli, M. Barbetta

**1) Lettura e approvazione
verbale precedente** del 26 Luglio
2023. Il verbale viene approvato all'u-
nimità.

2) Comunicazioni del Presidente

2a) Il Presidente riferisce a tutti che
nel pomeriggio si è svolto l'incon-
tro previsto con i neolaureati con
ampia partecipazione.

2b) Il presidente ricorda a tutti il con-
vegno organizzato dal dott. Cirillo
e dalla commissione salute e am-
biente che si terrà il 2 dicembre
2023 presso l'aula Magna dell'U-
niversità di Verona, sede di Borgo
Roma.

2c) Il Presidente riferisce di aver avu-
to un incontro con il dott. Valerio
responsabile della UOC SUEM-
118 che sta organizzando un cor-

so avanzato per gli infermieri del
servizio di emergenza per l'adde-
stramento in particolari terapie
salvavita. A questo proposito il
dott. Valerio ha inviato una lettera
esplicativa del progetto a tutti gli
iscritti della provincia di Verona.

2d) Il Presidente illustra che l'ENPAM
versa all'OMCeOVR ogni anno
un contributo istituzionale per il
servizio di front office svolto dal
personale amministrativo per le
consulenze in ambito pensioni-
stico. Tale contributo, erogato
il 20 Luglio 2023, ammonta a
11.800 euro. Il Direttivo, consi-
derando l'intensa attività svol-
ta, l'impegno profuso da tutto il
personale e le competenze indi-
viduali, propone per il corrente
anno, di suddividere una parte
della somma ripartendola nel
seguente modo: Rosanna Maf-
fioli 2000 euro nette, Vigna Giam-
pietri 1000 euro nette, Elisabetta
Costerman 1000 euro nette,
Daniela Bertol 1000 euro nette,
Alessandra Pasqualotto 1000
euro nette, Iones Masiero 1000
euro nette. Tale proposta viene
approvata all'unanimità dal con-
siglio. La commercialista, dott.
ssa Narlini, provvederà a versare
l'erogazione straordinaria con le
modalità previste dalla legge.

2e) Il presidente riferisce di aver fatto
un comunicato stampa con una
nota di solidarietà per il collega
psichiatra aggredito da un dete-
nuto presso la casa circondariale
di Montorio. Nel comunicato si ri-
badisce come sia necessario ga-
rantire la sicurezza del personale
sanitario che esercita nei presidi
più esposti ai rischi.

3) Presentazione da parte del dott.
Elio del documento redatto con il dott.
Bellamoli, la dott.ssa Mirandola e il
dott. Bertaso: si decide all'unanimità
che dopo un passaggio con la dott.
ssa Mirandola (non facente parte del
consiglio) il documento verrà presen-
tato in regione a nome del consiglio.

4) Dott.ssa Boscagin Presidente CAO
riferisce che il giorno 12 settembre
2023 sarà presente in Tribunale per
una testimonianza su esercizio abu-
sivo della professione

5) Iscrizioni e cancellazioni

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI MEDICHI CHIRURGI

Prima iscrizione:

Dott.ssa CAROTENUTO Silvia
Dott. COSTA Gabriele
Dott.ssa CRESTON Anna
Dott.ssa DONINI Virginia
Dott.ssa FERRARI Monica
Dott. MESSETTI Dario
Dott.ssa PROVOLI Serena
Dott.ssa RIGHINI Margherita
Dott.ssa TOMMASI Laura
Dott.ssa ZOCCATELLI Francesca

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott.ssa ROSSETTI Cecilia
da Omceo Roma

Cancellazioni per decesso:

Dott.ssa ALOI Maria Carmela
Dott. BIONDANI Roberto
Dott. BOCCHIN Eugenio
Dott. BORTOLOTTI Giuseppe
Dott. BRAVI Roberto
Dott. DO AMARAL Nicholas Viola
Dott. MUOLO Angelo
Dott. POLITO Domenico
Dott. SEGATTINI Luigi

Cancellazioni su richiesta:

Dott. DE MASSARI Marco
Dott.ssa LORENZINI Ernestina

Variazione nominativo

e codice fiscale:

da Dott.ssa GAMBA Maria
Maddalena Guja
a Dott.ssa LENZ GAMBA Maria
Maddalena Guja

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI ODONTOIATRI

Prima iscrizione:

Dott. COSTANTINI Mattia
Dott.ssa MARIOTTI Costanza
Dott.ssa MAROGNA Gianna Licia
Dott.ssa MAZZI Margherita
Dott. MONTAGNA Pietro
Dott.ssa MONTINI Elena
Dott.ssa PALMA Livia
Dott. PAPADIA Andrea
Dott.ssa PAVAN Francesca
Dott. PENAZZO Mattia

Cancellazione su richiesta:

Dott.ssa TOLIC Barbara

Cancellazioni per decesso:

Dott. BRAVI Roberto

Cancellazione per morosità:

Dott. COMUNIELLO Piernicola

6) Il dott. Elio, coordinatore della commissione sulle medicine complementari, propone un incontro presso la sede dell'ordine con i partecipanti alla commissione in modo che possano spiegare la loro attività; il consiglio prende atto della richiesta e si valuteranno i tempi e i modi di un eventuale incontro.

7) Il dott. Accordini chiede di sollecitare presso la FNOMCeO l'approvazione del nostro regolamento per il pagamento delle quote; chiede inoltre di portare una mozione al prossimo consiglio nazionale per non versare

più la quota nazionale per coloro che non pagano più la quota ordinaria (iscritti con oltre 50 anni di laurea). Il Presidente risponde di preparare la mozione e sarà poi suo compito presentarla.

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 20 OTTOBRE 2023

Ore 19.00 online

Consiglieri presenti: C. Rugiu, A. Tomezzoli, C. Pastori, A. Elio, L. Cordioli, E. Boscagin, F. Bertaso, G. Accordini, F. Facincani, A. Musso, L. Formentini, S. Bellamoli

Revisori dei Conti: V. Braga

Funzionaria amministrativa:

R. Maffioli

Legale: Avv. D. Gobbi

Assenti giustificati: F. Gobbi, G. Carrara, A. Guglielmi, U. Luciano, F. Orcalli, M. Barbetta.

1) Iscrizioni e cancellazioni

Il presidente comunica al Consiglio i nominativi di iscrizioni e cancellazioni. Il consiglio approva all'unanimità.

CONSIGLIO DEL 20/10/2023

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI MEDICHI CHIRURGHI

Prima iscrizione:

10283-Dott.ssa ABIDI Fatma
10284-Dott.ssa AVANCINI Aurora
10285-Dott. BALDO Davide
10286-Dott. BELLIGOLI Davide
10287-Dott.ssa CEBALLOS Danna
10288-Dott.ssa DIMITRI Francesca
10289-Dott.ssa DE MANZONI Barbara
10290-Dott.ssa LAUDANNA Ottavia
10291-Dott.ssa MAGAGNOTTO Chiara

UFFICIALE MEDICO NELLA MARINA MILITARE: UN'OCCASIONE UNICA PER NUOVE ESPERIENZE PROFESSIONALI

Il medico che vuole cimentarsi in un contesto diverso da quello abituale ambulatoriale o ospedaliero, può chiedere l'inserimento nella Riserva Selezionata, un elenco di professionisti dai quali la Marina Militare trae il personale per brevi periodi in attività a terra a bordo, in operative e addestrative ed anche in missioni di soccorso umanitarie. Un'esperienza unica ed entusiasmante, che molti colleghi hanno già scelto e provato, un modo diverso per svolgere la propria professione a servizio della Nazione.

I medici, anche non in possesso di specializzazione, potranno inoltrare formale istanza, allegando il proprio curriculum (in formato "Europass") tramite posta elettronica certificata al seguente indirizzo: maripers@postacert.difesa.it

La partecipazione è riservata ai cittadini italiani di età non superiore ai 55 anni, che non abbiano già prestato servizio in altra Forza Armata, Forze di Polizia, VVFF o nel Corpo Militare della C.R.I. Dopo la domanda, superato l'iter di valutazioni curriculari e tecniche, frequenteranno uno specifico corso di formazione di breve durata presso l'Accademia Navale di Livorno, al termine del quale presteranno giuramento di fedeltà alla Repubblica Italiana.

L'ingresso nelle liste della Riserva Selezionata avviene successivamente alla nomina a **Ufficiale di Complemento**, solitamente con il grado di **Sottotenente di Vascello** o di **Tenente di Vascello**. Da quel momento potranno dare la propria disponibilità ad effettuare periodi di richiami in servizio, sia a terra che a bordo delle Unità Navali, quale responsabile della Componente sanitaria.

A titolo esemplificativo ed essenziale, il medico di bordo è una delle figure centrali dell'equipaggio della nave:

- è il consulente del Comandante per ogni aspetto di natura sanitaria;
- è di fatto il medico di famiglia dell'equipaggio quando la nave è in attività.
- si occupa di primo soccorso e di prevenzione

Maggiori informazioni e la documentazione completa è disponibile all'indirizzo web:
Riserva Selezionata - Marina Militare (difesa.it)

10292-Dott.ssa MORETTI Letizia
10293-Dott. PERANTONI Alessandro
10294-Dott. ssa RUOTOLO Elena
10295-Dott.ssa SILVESTRI Serena
10296-Dott.ssa TEBALDI Lisa
10297-Dott. TOMELLERI Giovanni
10298-Dott.ssa TOMMASI Francesca
10299-Dott. TOSI Marco
10300-Dott.ssa TOSI Sabrina
10301-Dott.ssa VERZA Valentina
10302-Dott.ssa ZENELI Xhesika

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

10303-Dott. BIGNONE Rodolfo da Omceo Palermo
10304-Dott.ssa DALLE MOLLE Katia da Omceo Vicenza

Cancellazione per trasferimento ad altro Ordine:

Dott.ssa CASSATER Daiana Vs Omceo Brescia
Dott. FILICORI Marco Vs Omceo Bologna
Dott. TALACCHI Andrea Vs Omceo Roma

Cancellazioni per decesso:

Dott. AGLIETTI Leone
Dott. SCRINZI Eugenio
Dott. TAMASSIA Gianni

Cancellazioni su richiesta:

Dott. GIORDANO Giuseppe
Dott. RIGHETTI Giandomenico

Variazione generalità:

da Dott.ssa CAPUTO Glenda Giorgia a Dott.ssa CAPUTO AMMENDOLA Glenda Giorgia

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI ODONTOIATRI

Prima iscrizione:

1649Dott. BIASIOLI Giuseppe
1650Dott.ssa GARDENGHI Sara
1651Dott.ssa PACHECO DE CAMPOS Daiane

Reiscrizione:

1652Dott. BALDOVINO Oberto

Cancellazione su richiesta:

Dott. CANEVARO Attilio

Cancellazioni per decesso:

Dott. SCRINZI Eugenio

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 8 NOVEMBRE 2023

Ore 19.00 online

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

Revisori dei Conti: V. Braga

Funzionaria amministrativa:

R. Maffioli

Assenti giustificati: M. Barbetta, A. Tomezzoli, F. Bertaso, G. Carrara, F. Facincani, A. Guglielmi P. Cirillo.

1) Iscrizioni e cancellazioni

Il presidente comunica al Consiglio i nominativi di iscrizioni e cancellazioni
Il consiglio approva all'unanimità.

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI MEDICICHIURGHI

Prima iscrizione:

Dott.ssa ANTONIETTI Eleonora
Dott. ARGENTA Federico
Dott.ssa BARACCO Vittoria
Dott. BARONE Elia
Dott.ssa BERTOLDI Margherita
Dott. BONOMINI Giovanni
Dott.ssa CARNEIRO
DOS SANTOS Natalia
Dott. CASTELLANI Andrea
Dott. CAUDANA Filippo
Dott.ssa CIOCCHETTI Eleonora
Dott.ssa FAIFER Valentina
Dott. FERRO Giovanni
Dott.ssa FOTI Giorgia
Dott.ssa KESSLER Elena Sofia
Dott.ssa MAZZI Camilla
Dott.ssa ORTOMBINA Sandra
Dott.ssa PASOTTO Alessandra
Dott.ssa SALFA Federica
Dott. SANTOVITO Andrea
Dott.ssa SCARTOZZONI Cecilia
Dott. SERGIO Lorenzo
Dott. SIMEONI Stefano
Dott. SORGATO Jacopo
Dott. TERRAGNOLI Matteo
Dott.ssa TREVISO Camilla
Dott. YEPEZ GRANIZO David Alejandro
Dott.ssa ZAMBOTTO Sara

Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

KALLOGJERI Sokraten da Omceo Roma

Cancellazioni per decesso:

D'AGOSTINO Umberto

Cancellazioni su richiesta:

Dott.ssa ARRIGHI Lorenza
Dott. MINUCCIANI Natale
Dott.ssa ZAMBO Monika Magdolina

Cancellazione per morosità e irreperibilità:

Dott. ssa CASTELLAZZO Maria Federica
Dott. ROSSINI Fabio
Dott. TIRELLO Maurizio

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI ODONTOIATRI

Cancellazione su richiesta:

Dott. SOVRAN Claudio Sergio

Cancellazione per morosità e irreperibilità:

Dott.ssa MOURATORIO Laira Lania

PENSIONATI E CREDITI ECM

I medici in pensione che, seppur iscritti all'Albo professionale, non svolgono più l'attività non sono tenuti ad assolvere gli obblighi ECM. Laddove il medico, ancorché in pensione, svolga attività libero professionale, l'obbligo di aggiornarsi rimane sia dal punto di vista deontologico, sia sotto il profilo di legge.

La Giornata del Medico e dell'Odontoiatra di Verona, il Giuramento di Ippocrate con focus sulle criticità della professione

Verona, 18 novembre 2023

Al Palazzo della Gran Guardia l'Ordine di Verona ha celebrato il passaggio di testimone tra generazioni dando il benvenuto a 148 giovani dottori neo-abilitati e consegnando i riconoscimenti a 41 medici "senior" che festeggiano il traguardo dei 50 anni dalla laurea. Nel suo intervento, il presidente OMCeO Carlo Rugiu ha puntato i riflettori sui problemi irrisolti della Sanità, a cominciare dal de-finanziamento del SSN e dalla carenza di personale accentuata, anche a Verona, dai mancati ingressi nelle Scuole di specializzazione

«Negli ultimi vent'anni la Medicina ha fatto passi da gigante. Abbiamo assistito a scoperte che hanno permesso un approccio terapeutico personalizzato, a beneficio della qualità e della durata della vita. Tuttavia, i cardini della nostra professione sono rimasti invariati e tra questi, in particolare, la comunicazione con il paziente basata sulla fiducia e sulla libera scelta del professionista cui affidarsi. La porta del vostro ambulatorio dovrà sempre essere aperta a tutti i pazienti. Dedicate loro il tempo del quale hanno bisogno, assicurandovi che comprendano quanto gli state spiegando».

Con queste parole il presidente dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Verona, Carlo Rugiu, ha accolto nella famiglia ordinistica 148 medici e odontoiatri neo-abilitati che questa mattina, al Palazzo della Gran Guardia, hanno prestato il Giuramento di Ippocrate per entrare a pieno titolo nella professione. Si è conclusa così, con la lettura della formula moderna, la Giornata del Medico e dell'Odontoiatra, il tradizionale appuntamento promosso dall'Ordine di Verona per celebrare il simbolico passaggio di testimone tra generazioni. Ed è stata proprio una festa di famiglia, con le numerose autorità intervenute a titolo amicale e istituzionale. Tra queste: l'assessora alla Sanità del Comune di Verona, Elisa La Paglia, e

l'assessora alle Politiche sociali, Luisa Ceni; il vescovo, monsignor Domenico Pompili; il professor Daniele De Santis in rappresentanza del magnifico rettore dell'Università di Verona, Pier Francesco Nocini; e il professor Cristiano Fava, vicario del presidente del Corso di laurea in Medicina e chirurgia, Cristiano Chiamulera.

«Ringrazio tutti loro per aver voluto essere presenti per dimostrare vicinanza ai giovani che rappresentano il futuro del Servizio sanitario nazionale e per festeggiare i "senior" che hanno contribuito a fare della Sanità veronese un'eccellenza», ha sotto-

lineato il presidente OMCeO Rugiu, che ha fatto gli onori di casa con la presidente della Commissione Albo Odontoiatri, Elena Boscagin, la quale, nel suo intervento di saluto, ha ricordato i risultati raggiunti in questi anni: dal prolungamento del corso di laurea in Odontoiatria fino a sei anni, al traguardo che permette a chi è laureato in Medicina e in Odontoiatria di iscriversi ad entrambi gli albi; e ancora, dall'accesso per gli odontoiatri alla carriera clinica negli ospedali senza necessità della specializzazione, fino alla recente estensione della competenza odontoiatrica in ambito di Medicina estetica.



La sala della Gran Guardia



Il Presidente della Commissione Odontoiatri Elena Boscagin

«Tutti questi obiettivi», ha detto, «sono tappe di un percorso, frutto di una sinergia tra le forze politiche, sindacali e professionali, che mirano a dare pieno valore alla professionalità e ad una virtù ontologica e deontologica. Questa sinergia ci permette di guardare con fiducia ad un futuro dove merito, responsabilità, valore e professionalità siano le colonne portanti di ogni persona che dedica la vita alla salute e al benessere del prossimo».

Anche il presidente della Regione del Veneto, Luca Zaia, ha voluto esprimere la propria vicinanza «a questa importante giornata che celebra non solo i traguardi raggiunti, ma anche l'inizio di nuove carriere», inviando un messaggio di ringraziamento ai medici senior «per il contributo inestimabile che hanno dato alla Sanità regionale» e augurando ai neo-abilitati «una carriera ricca di soddisfazioni e risultati».

Quello del Giuramento non è stato l'unico momento emozionante della mattinata, durante la quale si è svolta anche la premiazione di 41 dottori e dottoresse che festeggiano quest'anno il traguardo dei 50 anni dalla laurea, a ciascuno dei quali è stata consegnata la medaglia ordinistica come riconoscimento per i tanti anni dedicati alla salute dei cittadini e al servizio della professione.

Una professione oggi ritenuta meno appetibile rispetto al passato e che deve fare i conti con una serie di problemi irrisolti.

«L'invecchiamento della popolazione per effetto del calo demografico richiede terapie croniche ambulatoriali, un'assistenza domiciliare capillare e una presa in carico multidisciplinare. Tutto ciò comporta un impegno sempre maggiore per la nostra Sanità pubblica, la quale, però, negli ultimi vent'anni non ha rappresentato una priorità politica», ha sottolineato il presidente Rugiu nella sua relazione. «Oggi il Sistema sanitario nazionale, sottofinanziato da oltre vent'anni, non riesce a garantire ciò che prescrive: il 50% delle visite specialistiche e il 30% degli accertamenti diagnostici sono pagati privatamente. Si spendono in media 700 euro a testa ogni anno per visite e accertamenti, ma quattro milioni di italiani rinunciano alle cure

perché non possono permetterselo e questo avrà delle ripercussioni importanti di salute pubblica in futuro».

Ad essere in crisi, dunque, non è tanto la professione del medico, quanto il sistema dentro il quale si esercita tale professione, caratterizzato da condizioni di lavoro disagiate, accentuate da una mole di carichi burocratici e dall'aumento della conflittualità coi pazienti, unitamente a scarse prospettive di carriera.

«Questi fattori», ha evidenziato Rugiu, «fanno sì che la figura del medico abbia perso il fascino di un tempo e che la Scuola di Medicina risulti meno attrattiva. A Verona, così è stato annunciato qualche settimana fa, su 746



Il Presidente Carlo Rugiu



La sala della Gran Guardia



Il Presidente Carlo Rugiu

borse di specialità, ne sono state assegnate quest'anno soltanto 399.

Il restante 43% è rimasto scoperto, con grandi criticità nelle aree di anestesia-rianimazione, emergenza-urgenza, medicina interna, chirurgia. Non vengono prese in considerazione scuole indispensabili nel contesto sanitario attuale, quali medicina di comunità e cure palliative».

La situazione, trasversale in tutta Italia, rischia di avere ripercussioni molto pesanti sul nostro Sistema sanitario

nazionale, che già soffre una carenza di circa 20.000 medici.

Inoltre, «le misure contenute nella legge di bilancio riducono le aliquote di rendimento dei contributi versati prima del 1996, colpendo quasi il 50% dei medici in servizio, con un taglio dell'assegno pensionistico compreso fra il 5 e 25%. Un cambio delle regole in corsa, che, se confermato, causerà la perdita istantanea di oltre un migliaio di anestesisti e medici di pronto soccorso, che poi si protrarrà per altri 15 anni».

Alla luce di tutto ciò, la Giornata del Medico e dell'Odontoiatra si è caricata di molti significati. «Chiediamo un finanziamento consistente e duraturo del Sistema sanitario. È indispensabile che tutto il personale, ospedaliero e del territorio, venga rimotivato attraverso una profonda riforma del sistema, abolendo sprechi, disorganizzazione, farmaci ed esami inutili, puntando seriamente sulla digitalizzazione e riducendo il carico burocratico che affligge tutti i medici italiani», ha concluso il presidente Rugiu.



I neolaureati dopo il Giuramento

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 05 SETTEMBRE 2023

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

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

Comunicazioni del Presidente:

- Prossime date riunioni CAO: si stabiliscono le date delle prossime riunioni.
- Vicenda XX parere di congruità: il dott. X, in data 04/05/2023, presentava richiesta per due pareri di congruità (protocollati rispettivamente al numero 3234/2023 e numero 3236/2023) per cure prestate al Sig. FF, l'avvocato EM, difensore legale del Sig. F, a seguito di nostra comunicazione di avvio di procedimento amministrativo ai sensi art. 8 legge 7 agosto 1990 n. 241, faceva pervenire all'Ordine in data 20/06/2023 (ns. prot. n. 3945/2023) una memoria ove contestava la richiesta del dott. X. Il presidente ripercorrendo il caso informa i presenti che l'incontro conciliativo fra le parti previsto per oggi non si terrà. La prossima data sarà il 10 ottobre p.v., alle ore 17.00.
- Commissione Enaip per componente esame assistenti alla poltrona: il Presidente riferisce che sono pervenute le condizioni per il commissario d'esame. Viene designato il dott. Francesco Bovolin.
- Commissione AIV: chiedono un componente per la commissione d'esame settembre 2024. Si invia richiesta come per ENAIP.
- Comunicazione dott. YY per cure odontoiatriche a domicilio. Il Presidente ripercorre il caso e da lettura della risposta inviata al dott. Y che esprime parere negativo alla libera professione a domicilio a

pagamento. Analogo parere è stato espresso anche da parte della Regione Veneto, cui il dott. Y aveva inviato la medesima comunicazione. Il dott. Y, in risposta al parere della Regione Veneto, riferisce che procederà comunque agli interventi a domicilio con i propri protocolli. Dopo ampio dibattito la CAO decide di inviare al NAS la segnalazione per le opportune verifiche.

Relazioni istruttorie:

- Sono 3 le vicende delle quali si dibatte. La prima resterà in sospeso in attesa degli esiti di processo giudiziario in atto del quale l'interessato dovrà dare notizia. La seconda richiede un approfondimento del caso presso ULSS n.9. La terza, che è pertinente un processo in corso presso giustizia ordinaria, verrà meglio relazionata in seguito agli accadimenti che avverranno in tribunale.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 10 OTTOBRE 2023

Presenti: Boscagin, Bovolin,
Luciano, Pace, Zattoni

Comunicazioni del Presidente:

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

Comunicazioni del Presidente:

- Caso dott. YY: il Presidente ripercorre il caso relativo al quesito del dott. Y sulle cure odontoiatriche a domicilio per le quali lui chiede all'Ordine un nulla osta operativo ma per le quali questa CAO aveva già dato parere ostativo. Il Presidente informa che è pervenuto un ulteriore documento dalla Regione Veneto (dopo che il dott.

Y aveva inviato medesimo quesito) che conferma che l'assistenza odontoiatrica domiciliare, secondo il quadro normativo vigente, non risulta possibile nelle modalità prospettate dal dott. Y.

- Il Presidente informa i presenti di essere comparsa in tribunale per testimoniare nel procedimento aperto dalla Procura della Repubblica di Verona e inerente il centro odontoiatrico "KKKK" il cui direttore sanitario è stata la nostra iscritta dott.ssa HH. La dottoressa H ha chiesto e ottenuto la cancellazione dall'Albo Odontoiatri in data 13/09/2023.

Relazioni istruttorie:

- L'unico caso esaminato attende ancora risposta da parte dell'ULSS 9 per il richiesto colloquio.

Procedimenti disciplinari:

- Sono 3 i casi trattati. Il primo solo per informare che la dott.ssa interessata ha presentato ricorso in CCEPS per resistere alla sanzione comminata. Il secondo caso è analogo mentre per il terzo si stabilisce la data in cui questa CAO darà corso al procedimento disciplinare.



Attacco informatico all'Azienda Ospedaliera di Verona

LUNEDÌ 23 OTTOBRE 2023 L'AOUI di Verona è stata oggetto di attacco informatico globale.

Questo evento inaspettato ha naturalmente creato dei disagi oggettivi sia agli operatori sia agli utenti. Ma cerchiamo di analizzare alcuni aspetti reattivi legati all'evento.

- 1- La dipendenza dell'attività medico\infermieristica si è rivelata totale.
- 2- La capacità di reagire è stata totalmente affidata agli informatici e ai loro tempi di recupero
- 3- L'utenza ha registrato la quasi totalità della mancata di risposta ai suoi bisogni di quella giornata
- 4- L'ORDINE DI BLOCCO arrivato dall'Azienda Zero è stato applicato secondo modalità irrazionali e istintive.

RIFLESSIONI

Questo blocco informatico ha evidenziato una logica **di Sanità amministrata dalla burocrazia a livelli esasperati**.

Non è colpa di una singola categoria, ma di una mentalità che ci ha ormai resi tutti dipendenti dal computer e dalla rete informatica. Questa mentalità va combattuta, corretta ed evoluta, pena la manipolazione totale delle professioni Sanitarie.

Io stesso presente come utente, ho constatato lo stato di **smarrimento del personale** a fronte della insistente richiesta da parte degli utenti di erogare la prestazione prenotata.

Ma non era solo smarrimento, ma anche convincimento che nulla si poteva fare.

"È tutto bloccato, non si può fare nulla. Tornate un'altra volta"

Nasce qui la prima domanda:

è vero che in tali circostanze si deve bloccare tutto e non si può fare nulla?

La visita medica, l'ascolto del paziente, la consulenza, la medicazione, la semplice flebo, la prescrizione di una terapia su carta, cosa c'entrano con l'informatica?

Davvero sono tutte prestazioni PC dipendenti?

La mia risposta è NO!

In simili circostanze la CLINICA deve tornare prepotentemente a dare un segnale.

Noi siamo prima di tutto clinici.

Noi sappiamo ancora fare qualcosa anche se manca il pc, anzi tante cose. Ogni medico di famiglia che ha sperimentato nel suo studio un blocco del Pc non ha mai negato una visita ai pazienti, allontanandoli.

Ma allora perché accadono simili fatti?

Perché la Sanità è ormai comandata non tanto dai pc ma dai burocrati amministrativi.

Forse è un problema di accountability? Un problema di vendita delle prestazioni? Forse sì, forse no. Sicuramente **è prevalso l'interesse della contabilità al di sopra dell'interesse del paziente**.

Ma quante ore lavoro sono state pagate per nulla? Per dire all'utenza non si può fare nulla? A fronte di tanta sofferenza, rabbia e incomprensione di malati che erano lì per **bisogni reali**, giunti magari da lontano?

Se questa linea decisionale è arrivata dall'Azienda Zero, allora forse l'Azienda Zero non cura gli interessi dei pazienti e non è del tutto realista, cioè capace di affrontare la realtà con tutti i suoi fattori.

Forse alcune linee di comando dovrebbero essere ridiscusse.

Viene da domandarsi, la classe medica, noi, siamo ancora una realtà pensante, con le idee chiare circa la nostra Mission?

Sono domande aperte.

Con questa modalità di risposta, la cosa certa è che c'è stato **un forte cedimento agli hackers** che hanno registrato così il loro pieno successo "Con noi contro, non potete far nulla" sembrano ridacchiare." Nemmeno palpare un addome."

Viceversa auspico che il prossimo blocco informatico del Sistema aziendale veda una risposta **clinica aumentata** e non azzerata.

Oggi è stata una sconfitta per il medico clinico e per tutti i pazienti giunti da Verona e da diverse parti d'Italia sono e dunque una pesante sconfitta per il SISTEMA SANITARIO VENETO con grande soddisfazione degli Hackers.

ADAMI LORENZO
MEDICO FIMMG
VERONA 23 OTTOBRE 23



Il medico di base e il certificato difficile

Da una lettera a Repubblica
del ottobre 2023

"Ho dovuto cambiare il medico di base per pensionamento del precedente.

I contatti con la nuova dottoressa sono stati scoraggianti. A settembre mi ammalò, e per avere il certificato giustificativo dell'assenza dal lavoro mi devo obbligatoriamente recare, con la febbre, in ambulatorio....."
(Ometto il resto, che riguarda un altro problema)

Questa la lettera pubblicata su Repubblica del 23 ottobre 2023.

Caro Direttore,

Siamo alle solite..... !

Non abbiamo ben spiegato ai giornalisti e ai pazienti come stanno veramente le cose.

La Dr.ssa è stata più che ligia a quanto prevede la legge ! Non si può certificare una malattia senza visita.

Anche se altri MMG, in casi come questo, il certificato lo compilano anche senza visita. Nel caso specifico alla Dr.ssa sarebbe spettato il compito di dare un appuntamento alla febbricitante. Magari in un momento in cui la sala di aspetto è meno intasata e chiedendole di voler arrivare in studio indossando una mascherina (magari una FFP2). In Italia, contrariamente alla gran parte dei Paesi Europei, non esiste l'autocertificazione per i primi giorni di malattia.

La signora della lettera, adulta, specifica che ha avuto la febbre, senza chiarire se ha avuto anche altri sintomi. Sembrerebbe una febbre non complicata. Ma da noi, a differenza dei Paesi in cui vige l'autocertificazione per periodi brevi di malattia, serve sempre la certificazione del medico.. Molti pediatri, per bambini con febbre, evitano le visite domiciliari e chiamano genitori e figli in ambulatorio.

In altre nazioni, queste febbri, spesso autolimitanti, oltre che con l'autocertificazione per i primi 3-4 gg di *malattia*, si gestiscono con l'autocura. In Italia serve per telefono il *numeretto*, con i rischi legali che gravano solo sul MMG, perché il falso in certificazione è un reato penale. E per certificare telematicamente anche un solo giorno di malattia, il MMG italiano deve sorvegliare 18 campi (sic!) quasi tutti amministrativi. Invece sino a 10 anni fa si compilavano, nei certificati cartacei, solo 7 campi.

Poi è arrivata la genialata del certificato telematico, imposto da Brunetta e accettato supinamente da noi MMG (si poteva rigettare legalmente; perché noi siamo MMG, mica impiegati dell'INPS). Prima delle brunettiadi (che promettevano il penale a chi certificava senza visita) il paziente era consapevole: doveva portare il certificato all'INPS ed al datore di lavoro oppure inviare raccomandata. Oggi, in genere, quello del "malato" è un compito facile, facile: aspettare la spedizione del numeretto da parte del MMG, anche senza la sua visita. Il certificato telematico di Brunetta ha prodotto effetti paradossali: ha contribuito a rendere ancora meno morale e legale la richiesta e offerta di certificati telematici (basta il WhatsApp col numeretto)

È giunta l'ora di organizzare una campagna informativa su ciò che sta realmente dietro le quinte della *semplice* richiesta di certificato telematico.

FRANCESCO DEL ZOTTI
(UN'ANALISI PIÙ COMPLETA DELLE
CERTIFICATIADI LA POTRETE LEGGERE
NEL MIO RECENTE LIBRO "LA RETE E
L'ASSALTO ALLA MEDICINA CONFIDENZIALE
- CAUSE E CONTROMISURE" - OTT 22)

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.

Vaccinazione contro l'Herpes Zoster Ma è davvero necessaria?

Caro Direttore,
ti scrivo per esprimere forti perplessità sulla pesante campagna vaccinale da tempo avviata sui Media nazionali e di prossima partenza¹.

Con 50 anni di laurea alle spalle e decenni di esperienza di Dermatologo ospedaliero ritengo legittimo esprimere seri dubbi su due questioni fondamentali sul tema:

1. Tale vaccinazione è veramente necessaria per una patologia che viene normalmente una volta nella vita e nella stragrande maggioranza dei casi evolve naturalmente senza particolari sequele?

2. Il nostro codice Deontologico² in più punti ribadisce che "il Medico ispira la propria attività professionale ai principi e alle regole della deontologia...senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura...perseguendo l'uso ottimale delle risorse pubbliche"

Orbene ho l'impressione che a seguito della vicenda COVID si sia costruito uno schema che tende a perpetuare l'"esigenza di sicurezza" su scala globale anche in assenza di reali pericoli e spinga in maniera acritica verso una vaccinazione di massa indiscriminata e sostanzialmente inutile che com-

porterà un enorme spreco di denaro pubblico. Per sgombrare il campo da retro pensieri dico subito che da più di 25 anni faccio le vaccinazioni antinfluenzali ed ho effettuato tutte le vaccinazioni per il COVID; nel caso del VZV tuttavia, dato lo scarso numero di sequele importanti³ per una patologia che solitamente colpisce una sola volta nella vita, mi chiedo se dietro questa operazione non ci siano valutazioni che con la reale tutela della Salute dei Cittadini hanno poco o nulla a che vedere. Cosa ne pensi?

DOTT. PERONI
VERONA, 02.10.2023

1. <https://www.vaccinarsincampania.org/scienza-conoscenza/vaccini-disponibili/vaccino-anti-herpes-zoster>

2. <https://omceo-to.it/istituzionale/codice-deontologico/>

3. <https://www.grupposandonato.it/news/2022/ottobre/vaccino-fuoco-sant-antonio-perche-importante>

Vaccinazione Zoster, le considerazioni dell'infettivologo

La campagna vaccinale contro l'Herpes Zoster sembra suscitare alcune perplessità. Tale vaccinazione è realmente necessaria?

Credo sia opportuno, a tal riguardo, fare riferimento ai dati forniti dal Ministero della salute. L'incidenza di Herpes Zoster, in Italia, è di 6,40/1.000 persone per anno nei soggetti di età superiore a 50 anni. I nuovi casi di malattia da Herpes Zoster ammontano a circa 153.000 casi ogni anno. (dati verosimilmente sottostimati). L'incidenza e la gravità della malattia aumentano con l'età.

Il problema sul piano clinico è dato non tanto dalla malattia in sé, ma dalle complicanze quali lo zoster oftalmico o altre forme più rare: neuropatie motorie, encefalite, sindrome di Guillain-Barré. La complicanza più frequente è rappresentata dalla nevralgia postherpetica che si riscontra in percentuali variabili dal 5 al 30 % dei soggetti con malattia erpetica.

Tale condizione può verificarsi indipendentemente dalla precocità della diagnosi e del trattamento antivirale. La nevralgia postherpetica è una condizione dolorosa cronica e temibile in quanto resiste a molti trattamenti. Le terapie della nevralgia sono basate su analgesici, antidepressivi, oppioidi, antiepilettici, neuromodulatori nonché su terapie topiche. Tali terapie possono dar luogo a svariati effetti collaterali soprattutto nei pazienti anziani.

Ricordiamo che tale complicanza può durare settimane o mesi influenzando negativamente la qualità di vita.

In sintesi l'importanza e l'attualità del vaccino antierpetico risiedono, non tanto e non solo sulla riduzione della malattia erpetica, quanto sulla riduzione della nevralgia postherpetica, riduzione documentata nei trial clinici dell'ordine del 65 %.

La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria ha pubblicato un position paper sull'importanza della vaccinazione anti-herpes zoster. Una posizione analoga è stata presa dalla Federazione Italiana dei Medici di Famiglia, dalla Società Italiana di Igiene e dalla Società Italiana di Malattie Infettive e Parassitarie.

ETTORE CONCIA

Vaccinazione Zoster, le considerazioni del dermatologo

La campagna vaccinale contro l'Herpes Zoster sembra suscitare alcune perplessità. Tale vaccinazione è realmente necessaria ?

L'Herpes Zoster (HZ) è una condizione frequente nei soggetti di età superiore a 50 anni. Si può stimare che nella provincia di Verona vi siano circa 6 casi ogni 1000 abitanti di età superiore ai 50 anni, il che significa che in provincia di Verona (924,000 abitanti nel 2022 di cui 434,000 di età superiore ai 50 anni di età) si verificano 2600 casi di HZ ogni anno.

Al di là delle complicanze mediche dell'HZ già sottolineate da Ettore Concia questo significa migliaia di visite dal medico di famiglia e/o ai vari pronto soccorso, e una parte minoritaria di visite specialistiche per i casi inusuali o dubbi. La malattia può causare una morbidità significativa in sé per la presenza di lesioni cutanee

e dei sintomi associati (dolore) che a volte sono invalidanti soprattutto nella popolazione anziana, già gravata da altre patologie. Le terapie antivirali sono efficaci ma vanno iniziate entro 72 ore dall'esordio della malattia. Quando la cura è iniziata dopo le 72 ore la sua efficacia è dubbia e il rischio di complicanze aumenta. Migliaia di casi HZ significano pure un impatto economico diretto (visite mediche e farmaci antivirali) e indiretti (per esempio perdita di giorni lavoro in una popolazione ancora attiva) di cui bisogna tener conto nella valutazione complessiva dei costi.

Il vaccino attualmente disponibile in Veneto è un vaccino ricombinante basato sulla glicoproteina E del virus varicella-zoster con adiuvante, e pertanto può essere somministrato anche a individui immunodepressi. Si somministra in due iniezioni SC o IM a distanza di 2-6 mesi l'una dall'altra. Ha una efficacia nel prevenire lo HZ del 97.2% dei casi e nel prevenire la neuralgia post-erpetica nel 91.2% dei casi. La sua efficacia persiste per oltre 10 anni. Il vaccino è innocuo e non dà luogo a effetti collaterali se non locali e transitori.

Il vaccino è raccomandato da tutte le società scientifiche del mondo di varie specialità incluse quelle di dermatologia, di infettivologia e di geriatria. Quindi: perché non farlo? Io personalmente mi sono sottoposto alla vaccinazione HZ allo scadere dei 65 anni come da convocazione ricevuta dalla USL scaligera. Ma quanti cittadini lo fanno veramente a Verona?

In base ai dati ufficiali forniti dalla Regione del Veneto, la copertura vaccinale per HZ nel 2022 per la coorte del 1957 è stata del 51.3% e per la corte 1955-56 è stata del 45.3%. Il vaccino ricombinante sta velocemente soppiantando quello attenuato in tutta la Regione. In sostanza la copertura vaccinale per HZ è simile a quella per la polmonite pneumococcica e per tetano/pertosse. Quindi il bicchiere è mezzo pieno o mezzo vuoto? Dal mio punto di vista è mezzo pieno. La campagna mediatica è l'unica efficace per favorire il diffondersi della vaccinazione nella popolazione pre-anziana e in quella più giovane a rischio che è una pratica efficace e sicura per prevenire questa malattia.

GIAMPIERO GIROLOMONI

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.

L'Ambulanza Infermierizzata in collegamento con il medico della centrale operativa

UN NUOVO PROGETTO PER LA GESTIONE DELLE EMERGENZE TERRITORIALI

DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATA
DI EMERGENZA E TERAPIE INTENSIVE
UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA
CENTRALE OPERATIVA SUEM
DIRETTORE: DOTT. ADRIANO VALERIO

Verona, 15 settembre 2023

Alla attenzione degli Iscritti e Iscritte
all'OMCeO di Verona

Oggetto: Sistema emergenza extraospedaliera SUEM 118 provincia di Verona: attivazione percorso formativo per applicazione algoritmi clinico assistenziali

Egredi Colleghi ed egregie Colleghe, Vi invio alcune righe di presentazione del sistema del soccorso extraospedaliero SUEM 118 anche in relazione dell'avvio della formazione degli infermieri per l'applicazione degli algoritmi clinico assistenziali.

Il sistema di emergenza sanitaria nazionale nasce con il DPR 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" ed è costituito da due componenti specifiche, strettamente interconnesse:

- il sistema di allarme e di emergenza territoriale, attivato dal numero telefonico unico e gratuito "118", le cui componenti base sono le Centrali Operative e le Postazioni Territoriali con il relativo personale e mezzi di soccorso;

- il sistema di risposta della rete ospedaliera, i cui presidi sono individuati e definiti per livelli di competenza e responsabilità.

La Centrale Operativa SUEM 118 di Verona (SUEM 118 Verona), nata nel luglio del 1987 è un'Unità Operativa Complessa dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (A.O.V.I. Verona)

Il territorio e la popolazione di riferimento coincidono con quelli della provincia di Verona:

- superficie di circa 3096 Kmq.
- suddivisi in 98 comuni
- e con una popolazione di circa 937.000 di abitanti (Fonte ISTAT).

A questo si aggiunge la popolazione che a vario titolo transita nella nostra provincia (città e lago i punti con maggiori presenze) che le previsioni per il 2023 stimano supererà i 20 milioni di presenze.

L'assistenza territoriale è garantita dai mezzi di soccorso disposti strategicamente su tutta la provincia e gestite dalla centrale operativa unica provinciale.

I mezzi di soccorso a disposizione rete del soccorso sono:

- N° 1 Elisoccorso con a bordo medico ed infermiere, ad essi si aggiungono pilota, tecnico verricellista ed il tecnico del soccorso alpino
- n° 7 automediche con a bordo medico ed infermiere
- n° 22 ambulanze infermierizzate con a bordo autista ed infermiere
- n° 9 ambulanze base con a bordo

autista e soccorritore - Alcune attività solamente nelle ore notturne e nei festivi

L'invio dei mezzi è regolamentato da specifiche procedure dell'UOC Centrale Operativa Suem che in relazione alla gravità dell'evento invia in successione il mezzo o i mezzi necessari per garantire il miglior soccorso al cittadino.

Come si può capire dai numeri dei mezzi di soccorso, la rete si basa principalmente sui mezzi di soccorso con infermiere: per tale motivo nei prossimi mesi prenderà l'avvio un progetto per la formazione di tutto il personale infermieristico che, dopo certificazione, saranno autorizzati all'applicazione di algoritmi clinico assistenziali in contatto con il medico della centrale operativa.

Tale organizzazione è già attiva in altre provincie del Veneto e trova fondamento autorizzativo nell'articolo 10 del DPR 27 marzo 1992 ed altre integrazioni 1ella Regione.

Questo ci permetterà di iniziare manovre salvavita sempre più precocemente con chiari risvolti sull'outcome del paziente senza aspettare l'arrivo del mezzo medicalizzato che verrà comunque sempre inviato.

Resto a disposizione per eventuali chiarimenti:

adriano.valerio@aovr.veneto.it

Cordiali saluti
DOTT. ADRIANO VALERIO

I medici in Italia sono tutelati contro le aggressioni fisiche? La mia vicenda personale parrebbe smentirlo

***“La mia è una storia di malasani-
tà al contrario: quella di una dot-
toressa aggredita e ferita da un
paziente durante un soccorso,
abbandonata dall'azienda sanita-
ria presso cui era dipendente per
quanto riguarda la gestione sia
delle lesioni gravi e danni perma-
nenti sia degli aspetti giudiziari.
Mi hanno rovinato la vita. Finché
non ci saranno maggiori garanzie
e tutele lavorative per il persona-
le dipendente del sistema sanita-
rio pubblico non credo ci siano le
condizioni per lavorare in Italia”***

Sono medico anestesista rianimatore dal 2009, veronese classe 1980, dipendente del settore pubblico ospedaliero dal 2010. La mia vicenda inizia nell'aprile del 2018 quando sono stata **brutalmente aggredita durante un turno notturno medico di 118**, a domicilio del paziente, in presenza dell'intera squadra sanitaria e volontaria di soccorso, e dei familiari. Il mio aggressore è un **politico lombardo** tuttora in attività. L'aggressione mi ha causato lesioni severe e danni permanenti al sistema nervoso periferico dell'arto superiore dominante (nervi periferici e plesso brachiale).

Mentre mi accingevo alla valutazione clinica, prima ancora di toccarlo, il paziente, che apparentemente non rispondeva alle mie domande e aveva gli occhi chiusi, mi ha afferrato il polso stringendolo così forte da romperlo e lesionare i legamenti. Poi mi ha stratonato verso di sé con una tale brutalità da lesionarmi l'intero sistema nervoso periferico del braccio destro e del collo. Ho urlato per il dolore provato, gli ho ripetuto più volte di lasciare la presa, ma c'è voluto un tempo per

me infinito prima di potermi liberare. Vorrei sottolineare che l'aggressione da me subita è il risultato non di un'azione difensiva (non mi ha allontanata come per paura), ma offensiva (mi ha afferrato il polso stritolandolo e mi ha stratonato con forza verso di sé).

Purtroppo, a tutt'oggi, dopo più di cinque anni e mezzo, io sono l'unica a pagare sotto ogni punto di vista per un'aggressione fisica durante l'espletamento di un turno di lavoro.

Le lesioni mi hanno finora causato un totale di 320 giorni di incapacità totale di lavorare riconosciuta dall'Inail (suddivisi in tre periodi), un intervento chirurgico (più due ulteriori in futuro) che sono stata messa nelle condizioni di effettuare solo una volta che mi sono dimessa dal mio posto di lavoro presso l'azienda ospedaliera pubblica bergamasca, e la decisione di abbandonare la mia carriera lavorativa e tutta la vita che avevo in Italia per trasferirmi all'estero.

Ho anche avuto modo di scoprire che un medico dipendente pubblico non è assicurato dalla propria azienda ma esclusivamente dall'Inail. L'Inail, dal suo canto, non copre le spese diagnostiche, di cura e di riabilitazione come previsto dalla loro “Guida alle prestazioni”, e l'indennità ricevuta per i danni permanenti è irrisoria, percentuale di un reddito annuale lordo massimo pari a circa 30.000 euro.

Un medico dipendente di un'azienda pubblica lombarda aggredito con lesioni severe, dunque non solo deve affrontare da solo l'evento e le sue conseguenze, ma deve anche pagare personalmente per ogni aspetto, medico, professionale, legale.

L'aggressore è un politico locale lombardo. All'udienza preliminare penale contro il mio aggressore, tenuta solo dopo più di 5 anni dall'evento, lo stesso avvocato difensore lo ha dichiarato completamente sano: dagli accertamenti medici specialistici da lui stesso effettuati, il mio aggressore sarebbe risultato **non affetto da patologia alcuna** in grado di giustificare un'incapacità di intendere e volere anche momentanea. Per citare ancora l'avvocato della difesa, «non sono un medico, non so dire se il mio assistito fosse capace di intendere e volere in quel momento, ma di certo non ha fatto apposta a cagionare lesioni alla dottoressa. Anche perché il mio assistito è una brava persona e nonno». Questa la linea difensiva adottata dal mio aggressore e accolta dal giudice.

Pur riconoscendo le mie lesioni come conseguenza dell'aggressione, nonostante le dichiarazioni dell'avvocato di assenza di patologia alcuna, nonostante la presenza di parecchie incongruenze nella documentazione agli atti e, soprattutto, senza aver richiesto che un perito valutasse la documentazione medica agli atti, **il politico è stato assolto dal giudice dopo soli 12 minuti** di udienza preliminare.

Un dato ha particolarmente attratto la mia attenzione durante l'udienza preliminare. L'avvocato della difesa ha menzionato che il figlio avrebbe persino eseguito RCP sul padre (prima del mio arrivo), causandogli frattura dello sterno. Strano, perché al mio arrivo a domicilio, alle mie domande specifiche su precedenti eventi cardiologici, sia moglie che figlio hanno negato. Nessun massaggio cardiaco o arresto cardiaco mi era stato se-

gnalato dalla centrale operativa, e in PS non sono state eseguite indagini di natura cardiologica, con dimissione a domicilio avvenuta dopo poche ore (troponina ed ECG nella norma).

In tutto questo, in più di cinque anni e mezzo nessuno ha mai indagato le reali dinamiche dell'aggressione. Solo poco tempo fa, tramite il mio avvocato, io, a mie spese, ho scoperto circostanze legate alla mia aggressione non riferitemi dalla centrale operativa e negatemi dai familiari. Non posso tuttavia entrare nei dettagli in quanto Areu (Agenzia Regionale Emergenza e Urgenza della Lombardia, ndr) mi ha fornito questo documento accompagnato da una lettera che diffidava dalla diffusione del contenuto. Apparentemente, il documento non sarebbe neppure stato consegnato in Procura tra la documentazione richiesta durante le indagini, o comunque non è stato utilizzato in sede di giudizio.

Considerate le uniche (non corrette) informazioni che mi erano state fornite sulla presentazione clinica del paziente prima del mio arrivo, l'aggressione pareva altamente improbabile. Con le informazioni invece presenti nel documento di cui non posso rivelare il contenuto, l'aggressione diventava altamente possibile.

Non mi ritengo solo vittima dell'aggressione e di un sistema giudiziario che guarda più alla posizione sociale dell'aggressore che ai fatti, **ma anche di un sistema prevenzione e gestione delle aggressioni ai sanitari che non viene applicato** e che per lo meno palesemente non funziona.

Già dal 2007 le raccomandazioni ministeriali per prevenire gli atti di violenza contro il personale sanitario sottolineano la necessità, da parte delle aziende sanitarie, di revisionare sia gli episodi di violenza segnalati mediante l'applicazione degli strumenti di gestione del rischio clinico (audit clinici), sia la successione di eventi prima e durante l'aggressione, anche per attuare cambiamenti procedurali e azioni di miglioramento.

Nonostante ciò, né ASST Papa Giovanni XXIII presso cui ero dipendente a tempo indeterminato né Areu hanno mai segnalato l'aggressione come evento sentinella agli organi preposti, né hanno effettuato audit clinici o rivalutazione della cascata degli eventi che hanno portato alle mie lesioni severe.

Questo ha determinato anche un ritardo nella diagnosi (e nel trattamento adeguato) delle lesioni. In pronto soccorso, l'evento aggressivo è per-

sino stata completamente omesso dal verbale del politico. Fin da subito, l'amministrazione ed il capo dipartimento dell'azienda ospedaliera, l'ufficio infortuni, il medico legale dell'azienda, i responsabili in azienda del servizio 118, l'amministrazione e la commissione per il rischio clinico di Areu sono stati informati dell'aggressione fisica da me subita, delle lesioni da me riportate (progressivamente aggiornate), e di tutto quello che mi succedeva.

Ho specificatamente richiesto supporto e indicazioni sugli step anche tecnici e giudiziari da seguire, senza ricevere risposta o supporto alcuno. Questo significa peraltro che nessuna azione di miglioramento è mai stata applicata perché le circostanze che hanno portato alla mia aggressione non ricapitano a un altro soccorritore.

Diversamente, invece di ricevere supporto sono stata costretta a un rientro prematuro al lavoro, come se i miei datori di lavoro non fossero loro stessi medici e quindi teoricamente con le nozioni necessarie da conoscere le conseguenze delle lesioni al sistema nervoso da me subite: a quanto pare a un medico vittima di infortunio sul lavoro non viene riconosciuta la possibilità di essere egli stesso paziente e il diritto di curarsi.

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 riepillare, 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**.

Il rientro precoce ha causato poi la necessità di successivi ulteriori periodi di inabilità lavorativa infortunio. Solo quando mi sono dimessa e me ne sono andata dall'Italia, sono stata nelle condizioni di potere gestire propriamente le lesioni da me subite in seguito ad aggressione fisica sul posto di lavoro.

Anche il rappresentante del sindacato AAROI a cui allora ero iscritta era stato informato dell'aggressione e dell'inerzia dell'azienda, ma a quanto pare nel 2018 un'aggressione fisica a un sanitario con lesioni gravi non era considerata di interesse o rilevante neppure dai sindacati. Però ha tentato di propormi l'assicurazione professionale proposta dal sindacato.

Dopo quello che è successo, ho lasciato l'Italia e mi sono trasferita a lavorare in un'azienda pubblica all'estero. Non è stato facile abbandonare gli affetti e tutto il resto e, nonostante quello che si crede comunemente, non è semplice iniziare un nuovo percorso lavorativo fuori dall'Italia, dovendo ricominciare daccapo e lasciando una carriera già ben avviata in patria.

Limitandomi solo alle telefonate, e-mail e PEC inviate nel 2023, ho più volte cercato di contattare il Ministero della Salute, inclusi i responsabili dell'Osservatorio Nazionale contro le aggressioni agli operatori sanitari, tut-

ti i sindacati e i presidenti dei sindacati che comunemente condannano le aggressioni ai sanitari, diversi politici e la giunta della Regione Lombardia. L'intento era di rendere note le falle del sistema prevenzione e gestione delle aggressioni ai sanitari rese purtroppo evidenti da quanto a me successo in questi cinque anni e mezzo. A tutt'oggi, per lo più non ho mai ricevuto risposta neppure alle PEC inviate.

Se non c'è rivalutazione, non c'è riconoscimento dei punti di debolezza del sistema prevenzione e ovviamente non ci possono essere manovre correttive. Se ancora nel 2023 si sente settimanalmente la notizia di un sanitario aggredito o ucciso, forse il motivo è che **in realtà a nessun livello c'è un reale interesse riguardo tale problematica.** Si dice sempre che spesso contro le aggressioni non viene fatto nulla perché non si denuncia.

Io ho denunciato ma l'azienda ospedaliera pubblica lombarda, il sindacato e le autorità hanno voluto ignorare il fatto.

La mia aggressione mi ha lasciato con danni permanenti e con sole domande senza risposta:

perché un medico dipendente pubblico aggredito deve pagare di persona tutte le spese sanitarie di diagnosi e cura?

Perché al medico dipendente pubblico aggredito non spetta in automatico il riconoscimento del danno differenziale, ossia il danno economico derivante dalle lesioni subite?

Perché è il medico aggredito a doversi fare carico dello stress e delle spese legali della causa contro l'aggressore e non l'azienda ospedaliera?

Come può un soggetto sano, privo di patologia neurologica o psichiatrica, essere ritenuto non colpevole di un atto aggressivo compiuto?

A conti fatti, oltre al danno permanente, l'aggressione mi ha lasciato solo una lista infinita di conti da pagare. E tutto per il solo fatto che nella notte tra il 7 e l'8 aprile sono andata a lavorare a soccorrere una persona!

Mentre il mio aggressore ha continuato la sua vita come nulla fosse successo e senza spese a suo carico. Finché non cambieranno le cose, non credo ci siano le condizioni per lavorare in Italia.

CHIARA VIVIANI
MEDICO SPECIALISTA IN ANESTESIA
E RIANIMAZIONE
ISCRITTO ALL'ALBO DEI MEDICI
CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI VERONA

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)

Le Cure Palliative a Verona: Cura, Relazione e Comunicazione

Francesco Leoni

DOTTORE IN SCIENZE PSICOLOGICHE
PER LA FORMAZIONE PRESSO
L'UNIVERSITÀ DI VERONA

0. Introduzione

Lo scopo delle cure palliative è quello di fornire ai pazienti e ai loro cari una tipologia olistica di cura, che ha l'obiettivo di "prendersi cura" della persona a tutto tondo, affrontando la totalità degli aspetti che la caratterizzano nel percorso di fine-vita. In Italia la prima norma che ne sancisce la definizione compare con la legge n. 38 del 15 marzo 2010, *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*. All'interno di questa legge, all'art. 2, il senso delle cure palliative è così enunciato: esse comprendono «L'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici». In questo senso le cure palliative rappresentano una modalità di intendere la cura da un punto di vista olistico, il quale tiene conto di tutte le dimensioni nella vita di una persona (biologica, spirituale, psicologica e relazionale). Da questo punto di vista, le cure palliative sono rivolte sia al malato sia ai suoi cari, e sono finalizzate ad affrontare il dolore della morte in ogni sua forma e declinazione. Infatti, la dimensione di cura palliativa considera la morte un passaggio naturale e mira ad accompagnare il malato e la sua famiglia

in questo percorso, senza tentare di accelerarlo o frenarlo, occupandosi, se necessario, di seguire i *caregivers* nell'elaborazione del lutto.

Nel seguente articolo sono presenti tre interviste che tentano di restituire un quadro generale sul panorama delle cure palliative a Verona, partendo dalla visione e dall'esperienza dei professionisti. Il focus è legato alla cura, alla comunicazione e ai *caregivers*. L'obiettivo è quello di alimentare la diffusione di informazioni e di cultura su una tematica importante che diventerà nel tempo sempre più strategica: infatti, le cure palliative rappresentano un ambito della medicina destinato a crescere sempre più anche a causa del continuo aumento dell'età media della popolazione. È importante tenere presente che nell'ultimo secolo l'aspettativa di vita è cresciuta in modo esponenziale: per provarlo è sufficiente guardare i dati Istat sullo sviluppo demografico italiano. Ad esempio «per le donne, già nel 1990 la speranza di vita alla nascita supera gli 80 anni, un traguardo raggiunto dagli uomini nel 2014: a inizio secolo, per entrambi i sessi era poco sopra i 40 anni»⁽¹⁾. Questi dati rendono chiara l'importanza attuale e soprattutto futura che le cure palliative hanno e dovranno avere nel complesso mondo della cura.

1. Le cure palliative dal *curing* al *caring*

Quando affrontiamo il tema delle cure palliative è fondamentale tenere presente che, quando la malattia non è più guaribile da un punto di vista strettamente biomedico (*to cure*), il

focus del percorso è rappresentata dal "prendersi cura" (*to care*) della persona malata e del suo mondo, rappresentato dalla sua immagine di sé, dai suoi cari (non necessariamente i familiari) e dal ruolo che hanno ricoperto durante la vita. Infatti, se la visione del *curing* è spesso assimilabile ad una visione riduzionista del compito medico, il quale pone l'accento esclusivamente sulla "riparazione" del malfunzionamento del corpo del malato, d'altro canto la visione del *caring* ha l'obiettivo di prendere in considerazione i bisogni psicologici, relazionali e spirituali al fine di «aver cura, prendersi cura»⁽²⁾ e «fornire aiuto e sostegno»⁽³⁾ sia al malato sia alla sua famiglia, sostenendo un approccio che possiamo definire olistico. In questa direzione il Dottor Giuseppe Morretto, neurologo in pensione, ancora oggi attivo in questo mondo tramite le sue iniziative legate all'associazione "L'acero di Daphne"⁽⁴⁾, sostiene che questo approccio si sia sviluppato grazie alla disponibilità e allo sviluppo della tecnologia, che ha permesso di fornire risposte molto più pertinenti ai bisogni di cura dei malati.

Questo ha ovviamente garantito grandi progressi nel campo della cura delle malattie, ma anche dei grandi limiti nell'approccio alla malattia. Anche per questo le cure palliative possono rappresentare la scoperta di un mondo nuovo per quanto riguarda il lavoro di cura: esse offrono la possibilità di prendere coscienza che non possiamo abbandonare il malato quando non abbiamo più possibilità di guarirlo dalla sua malattia. Infatti, esistono cure e approcci che possia-

(1) <https://www.istat.it/it/files/2019/01/evoluzione-demografica-1861-2018-testo.pdf>

(2) Folgheraither F., *Teoria e metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete*, FrancoAngeli, Milano 1998, p. 137.

(3) Bissolo G., Fazzi L. (a cura di), *Costruire l'integrazione socio-sanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Carrocci, Roma 2005, p. 25.

(4) <https://lacerodidaphne.org/>

mo adottare per la persona malata, indipendentemente dalla guaribilità della malattia stessa. Per questo, secondo Moretto, le cure palliative affermano che anche quando la malattia è *incurabile*, è comunque sempre *curabile*.

Anche secondo la Dottoressa Laura Borin, anestesista rianimatrice presso il Servizio di Cure Palliative dell'ULSS 9 (Ospedale di Villafranca), la terapia farmacologica rimane centrale nel processo di cura e rappresenta il primo bisogno da soddisfare per migliorare la qualità di vita della persona malata, tuttavia, nel suo ambito lavorativo, ella sente che deve occuparsi della persona nella sua totalità, tenendo conto delle differenze individuali che si esprimono nei diversi pazienti che incontra nel suo percorso lavorativo. Proprio per questo la cura in ambito palliativo rappresenta un abito "sartoriale", "cucito" a misura della singola persona. Questo, per Borin, è un aspetto fondamentale, oltre che strettamente legato alla sua esperienza lavorativa nell'ambito delle cure palliative al domicilio. Proprio per questo si può affermare che il paziente non sia mai solo a casa: la famiglia rappresenta il suo nido ed è necessario prendersi cura anche di essa. Ecco perché le cure palliative vanno intese come un percorso personale che possa soddisfare il paziente nella sua totalità, tenendo conto del suo mondo familiare.

Simile è l'esperienza del Dottor Mirko Riolfi, medico specialista in oncologia, oggi nella rete locale di cure palliative presso l'Hospice di Marzana, per il quale le cure palliative possono offrire una nuova modalità di intendere la cura, in controtendenza con la *mission* degli ospedali, che è quella di gestire principalmente la fase acuta delle malattie. Seguendo questo ragionamento il paziente entra in ospedale, viene "aggiustato", quindi dimesso. Questa modalità di intendere la cura come una riparazione del danno fisico, legata principalmente ad una visione riduzionista del compito del medico, è ancora molto attuale nel mondo della sanità, e ciò è strettamente legato alla cultura medica già dalla formazione impartita a par-

tire dal percorso universitario. Riolfi prosegue affermando che, anche per questo, l'approccio riduzionistico rimane molto complesso da scardinare persino nella situazione in cui non c'è più nulla da "aggiustare", soprattutto dal punto di vista fisico. Questa è la situazione più comune nell'ambito delle cure palliative. Infatti, esse offrono gli ideali e una filosofia sottostante alla cura che, ponendo al centro la totalità della persona, dovrebbe riguardare tutta la sanità, al fine di riportare la centralità della cura sulle persone. Ancora, Riolfi afferma che, purtroppo, se non verranno rivisti gli investimenti, le priorità e gli obiettivi della cura, ciò che avviene nel mondo delle cure palliative e, specialmente in *hospice*, potrebbe rimanere confinato in questa realtà.

2. L'importanza del lavoro in squadra

È ovvio che, per portare avanti compiti così complessi e ambiziosi, agendo su tutte le componenti di un individuo al fine di garantire il suo benessere integrale, sia necessario affidarsi ad una squadra di specialisti che possano collaborare con la figura del medico. A tal proposito, secondo l'opinione della Borin, nel mondo delle cure palliative a Verona si è sviluppata un'attitudine al lavoro di squadra che permette di collaborare piuttosto bene, al netto di alcune difficoltà legate alla burocrazia e alla mancanza di personale. Tra le principali problematiche riscontrate spiccano l'assenza di un sistema informatizzato che possa facilitare la comunicazione tra medici e infermieri e, per quanto riguarda le cure palliative, l'assenza di infermieri dedicati all'assistenza al domicilio resta un'importante punto debole.

Un altro problema è dato dai sistemi di comunicazione: tuttavia, invece di investire altre risorse per migliorarli, probabilmente basterebbe fare formazione per migliorare il *team-working* tra i professionisti e l'utilizzo dei canali esistenti. Moretto indica come la strada intrapresa nella collaborazione tra i diversi professionisti sia quella giusta e la situazione sia in fase di miglioramento anche a Verona. Tuttavia, afferma che un altro problema è dato dal fatto che i medici sono formati e

abituati a lavorare apparentemente in *team* ma, entro di esso, in modo individuale. Tuttavia, quando si tratta di cure palliative si parla di persone che hanno bisogni estremamente complessi: fisici, psicologici, sociali e spirituali. Proprio per questo, è necessario formare un gruppo di lavoro per suddividere i compiti e l'angoscia tra il personale sanitario, al fine di evitare che un singolo professionista si occupi di tutto esponendosi in mondo significativo al *burnout*. Moretto conclude affermando che un'accurata divisione dei compiti ha importanti ripercussioni positive sulla qualità del lavoro, sia per i professionisti, sia per i pazienti. Per quanto riguarda la situazione nell'*hospice* di Marzana, Riolfi descrive una situazione in linea con le normative per quanto riguarda il personale sanitario, ma evidenzia l'assenza di uno psicologo strutturato e dedicato: ad oggi, infatti, il servizio di psicologia è affidato in *hospice* ai tirocinanti della scuola di psicoterapia.

Sebbene il loro contributo sia determinante, sorge il dubbio che questa situazione non sia sostenibile sul lungo periodo, poiché lavorano presso la struttura solamente per il tempo del loro tirocinio, senza poter assicurare la giusta continuità per portare avanti un percorso ben strutturato. Un altro problema è dato dal fatto che lo psicologo è presente nella struttura per un tempo limitato, quando invece sarebbe necessario tutti i giorni. Tuttavia, l'*équipe* dell'*hospice* in questione presenta degli aspetti positivi legati a figure professionali che operano nella struttura, quali un assistente spirituale che è presente due-tre volte la settimana; inoltre, la struttura è attenta ad intercettare nuove opportunità per migliorare la qualità di vita dei pazienti, ad esempio recentemente è arrivato un musicoterapeuta. La presenza dei volontari, che non appartengono al personale sanitario, ma hanno comunque ricevuto una formazione, garantisce un'importante fonte di animazione e sostegno, che in un questo ambito è fondamentale.

3. La comunicazione

Uno degli aspetti fondamentali del lavoro in *team* è sicuramente la comunicazione, ma questa è altrettanto

importante quando si struttura tra medico e paziente. È necessario tentare di costruire nel processo di cura una relazione di reciprocità tra il personale sanitario e la persona malata, cosa già riconosciuta dalla legge n. 219 del 22 dicembre 2017, *Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento* la quale «tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o perseguito se privo di consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi previsti dalla legge».

Inoltre, la legge sottolinea che «il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura» e prevede all'art. 5 la pianificazione condivisa delle cure in caso di «patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta». È chiaro che «La legge intende quindi un'appropriatezza continuità assistenziale e, introducendo la pianificazione condivisa delle cure, vuole altresì proporre una visione dinamica del rapporto medico-paziente»⁽⁵⁾.

Questa situazione, che dovrebbe essere estesa a tutti i luoghi di cura, diventa ancora più evidente per quanto riguarda il fine-vita: nel mondo «delle cure palliative si sviluppa una fisiologica propensione verso una comunicazione attenta, sincera e aperta alla reciprocità costruendo così le basi che permettono di dare risposte concrete al malato nel rispetto delle competenze e dell'autonomia di chi cura»⁽⁶⁾.

In questo senso, secondo l'opinione della Dottoressa Borin la comunicazione tra medico e paziente dipende dall'empatia e dalle capacità del singolo medico, ma osserva anche che ai tempi della sua specializzazione tutte queste tematiche non venivano affrontate e, ancora oggi, lo studente di medicina non viene preparato né a percepire la morte e il dolore, né ad apprendere le basi dell'empatia.

Questo, può risultare problematico in quanto nel lavoro del medico è fondamentale possedere e sviluppare queste abilità. A questa analisi Moretto aggiunge la considerazione di fattori culturali: nel mondo occidentale, in particolare nella zona mediterranea, è cresciuta la concezione paternalistica secondo cui il medico sa sempre quale sia il bene del paziente, e cosa fare per conseguirlo. Ma oggi tale cultura paternalistica non è più accettabile: ogni individuo ha la sua dignità e capacità di decidere per sé. L'obiettivo, allora, è quello di arrivare ad una condizione che conduca all'autonomia decisionale del paziente, intendendo con ciò che, in una relazione medico-paziente, il medico è tenuto a comunicare al paziente qual è lo stato dell'arte della sua malattia, ed accettare e rispettare quali sono le priorità della persona rispetto alla sua salute.

L'autonomia decisionale del paziente, nel mondo delle cure palliative, rappresenta un punto fondamentale per instaurare una relazione medico-paziente basata sul rispetto reciproco. Se questo accade, quando si arriva ad una fase terminale della propria esistenza non si viene colti di sorpresa, ma tramite un percorso fatto con il medico lungo tutte le fasi di progressione della malattia, si è concordato con lui quello che andava bene fosse fatto, e ciò che non si voleva fosse fatto. Un altro messaggio decisivo nell'ambito della comunicazione medico-paziente riguarda l'onestà: in presenza di una malattia inguaribile, il medico deve dire chiaramente che il paziente non sarà mai abbandonato, e che si farà tutto il possibile per prendersi cura di lui, compatibilmente con la sua malattia. Agendo in questo modo il paziente può contare su una relazione basata sulla verità, sarà preparato e avrà la possibilità di programmare al meglio la sua vita sapendo di dover convivere con quella patologia.

4. L'aspetto relazionale

Secondo Moretto, quando si comunica con il paziente e soprattutto con i

suoi cari la cosa migliore è procedere per gradi, magari con l'aiuto di esperti della comunicazione. Per questo può essere necessario sfruttare le diverse competenze del *team*: lo psicologo comprende meglio gli aspetti psicologici, l'infermiere è vicino al paziente e alla famiglia e coglie con più attenzione e facilità la loro sofferenza. Tuttavia, il rischio è quello di imbattersi in una *congiura del silenzio*: in questo caso la famiglia potrebbe chiedere al medico di non comunicare nulla al paziente e la persona malata potrebbe, contrariamente, fare lo stesso. Così facendo potrebbe crearsi una situazione in cui la famiglia non vuole che il paziente sappia che sta morendo mentre lui invece lo sa e non vuole che la famiglia lo scopra. In questa situazione il rischio è dovuto dal fatto che il medico può scegliere un atteggiamento pilatesco e, di conseguenza, si crea una situazione in cui tutti soffrono, evitando di gestire una situazione di forte angoscia.

Borin Affronta il tema dei *caregiver* dalla prospettiva del domicilio, e nota che le famiglie – senza le quali sarebbe impossibile svolgere assistenza al domicilio – sono esposte a numerosi e gravi problematiche. Nei casi in cui i pazienti vivono malattie invalidanti i *caregiver* debbano compiere enormi sacrifici sul piano lavorativo e personale, col rischio i loro bisogni psicologici siano ignorati anche per molto tempo. Difficilmente riescono a colmare le loro esigenze di riposo e svago, e talvolta le situazioni si complicano al punto da portarli a vivere situazioni depressive estreme. Inoltre, bisogna sempre tenere conto del fatto che ogni patologia è diversa (ogni persona malata va incontro a bisogni differenti e può vivere la malattia in modi molto personali) e che vi sono patologie difficilmente gestibili come l'Alzheimer, che può sviluppare nel paziente comportamenti aggressivi. Ancora, molte altre patologie possono obbligare il paziente, e quindi i familiari, ad essere continuamente trasportati dal domicilio al pronto soccorso e viceversa. La gestione

(5) Francesca Marin, *L'agenda della bioetica. Problemi e prospettive*, Il Poligrafo, Padova 2019, p. 95.

(6) Ivi, p. 42.

di una persona nel mondo delle cure palliative è un impegno continuativo, che cresce col protrarsi della malattia. Proprio perché le preoccupazioni che avvolgono la vita dei *caregiver* sono molteplici, essi soffrono molto l'isolamento sia del personale sanitario, per la mancanza di personale infermieristico, sia dal punto di vista sociale, per incompleta comunicazione. Probabilmente, il problema principale è rappresentato dalla mancanza di un "porto sicuro": i familiari non hanno la certezza che in caso di bisogno, sia di mattina, pomeriggio o sera, qualcuno risponda alle chiamate ed intervenga in aiuto. Inoltre, i *caregiver* non sono personale altamente specializzato, che lavora a turni in ospedale: Borin ricorda come, nella sua esperienza lavorativa, abbia dovuto insegnare loro, oltre ai tanti compiti che già devono svolgere per assistere il loro caro al domicilio, come posizionare il paziente sul letto, al fine di decongestionarlo e farlo respirare meglio. Questo porta all'importanza della figura, troppo spesso assente, del fisioterapista, il quale non serve solo per riabilitare, ma è altresì fondamentale per esercitare pratiche passive, con lo scopo di muovere le articolazioni con azione di drenaggio. Anche questo aiuterebbe molto ad innalzare la qualità di vita dei pazienti, i quali potrebbero godere di un po' di benessere e autonomia in più nel loro percorso di fine-vita. In accordo con Moretto, per Borin l'assistenza domiciliare non è che un esperimento per vedere se una convivenza tra i familiari e il paziente è possibile: a volte qualcuno vuole subito alleviare i sintomi con i farmaci, qualcun altro esige il ricovero, altri ancora vorrebbero riprendere le terapie.

A volte capita che nessuno interpellare la persona assistita, e che i familiari vogliano sostituirsi ad essa, talvolta litigando tra loro. Così, per Borin, il lavoro del medico a volte consiste proprio nel mediare tra le parti, informare e comunicare col paziente al fine di ristabilire l'equilibrio al domicilio. In questi casi, anche individui con pensieri contrastanti devono confrontarsi con le volontà del paziente e nella maggioranza dei casi si trova un punto d'incontro che converge sulle volontà della persona malata.

5. Il lutto

Un altro tema importante nelle cure palliative è il lutto. Per Moretto, il percorso palliativo non termina con la morte della persona malata, ma deve proseguire oltre. Infatti, l'equipe di cure palliative, almeno nella fase iniziale, presta attenzione alla persona e alla famiglia in lutto. Il percorso non può durare per mesi, ma i professionisti prestano l'attenzione giusta per valutare se il lutto è stato elaborato in modo fisiologico o patologico.

L'associazione "L'acero di Daphné", che si occupa della diffusione della cultura e della pratica delle cure palliative, prevede iniziative legate alla formazione e al sostegno attivo sul territorio nell'ambito delle cure palliative, e organizza anche incontri periodici di gruppo per aiutare l'elaborazione del lutto. Borin, prima di trattare la complessa dinamica del lutto al domicilio, spiega alle famiglie come può subentrare la morte e cosa può succedere alla persona dal punto di vista fisico, infatti, persone normalmente non sono preparate a concepire certe dinamiche, come ad esempio i rumori legati al fine-vita e alla premorte.

Una volta avvenuto il lutto è necessario iniziare un percorso con i cari che richiede principalmente una notevole dose di empatia. Qualche giorno dopo la perdita del caro, i familiari vengono chiamati per accertarsi della situazione, e le risposte sono tra le più varie: alcuni si sentono sollevati, altri si sentono in colpa, molti sono preoccupati che il loro caro abbia sofferto. Spesso capita che qualcuno rimanga convinto di aver somministrato al proprio caro la dose letale del farmaco. Per tutte queste ragioni, spiega Borin, talvolta l'elaborazione del lutto può complicarsi, ed il lavoro va svolto anche su un piano legato ai rimpianti che i familiari possono avere.

6. Conclusioni

In questo articolo ho tentato di raccontare attraverso la voce dei professionisti alcuni aspetti legati alle cure palliative, sottolineando la loro utilità nel *prendersi cura* della persona malata, che va oltre ad una visione della medicina incentrata solamente sull'oggettività della malattia (*to cure*).

Per svolgere un lavoro così complesso è necessario far parte di un *team* di professionisti. Questo permette di suddividere i compiti e lo stress tra il personale sanitario. Inoltre, una suddivisione attenta dei ruoli e delle pratiche lavorative consegna al paziente centralità nel processo di cura, facendolo sentire importante e considerato. Infatti, un aspetto fondamentale di questo mondo ha evidenziato l'importanza di portare avanti una relazione di cura basata su uno scambio reciproco tra il medico e il paziente. Costruire una relazione basata sulla verità e sull'ascolto rende partecipe la persona malata, conferendogli maggiore dignità negli ultimi momenti della sua vita.

D'altro canto, le problematiche al domicilio e con i familiari mettono in luce i limiti che ancora oggi aleggiano intorno a questa realtà.

Infine, le cure palliative possono rappresentare un modello da perseguire in tutti gli ambiti della medicina per dare valore alle persone, rispettando la loro totalità. Esse si fanno portatrici di un approccio medico che mette in evidenza tutti gli aspetti di una persona (*to care*), con l'obiettivo di "prendersi cura" del malato da tutti i punti di vista. L'auspicio è che adottando questa visione si possa tornare a mettere al centro del processo di cura la persona.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- <https://www.istat.it/it/files/2019/01/evoluzione-demografica-1861-2018-testo.pdf>.
- Folgheraither F., Teoria e metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete, FrancoAngeli, Milano 1998.
- Bissolo G., Fazzi L. (a cura di), Costruire l'integrazione socio-sanitaria. Attori, strumenti, metodi, Carrocci, Roma 2005.
- <https://lacerodidaphne.org/>.
- Francesca Marin, L'agenda della bioetica. Problemi e prospettive, Il Poligrafo, Padova 2019.

CONTATTI - e-mail:
francesco.leoni.2001@gmail.com
Telefono: **3397713791**

Obbligo ECM, come salvarsi dalle sanzioni

Restano poco più di due mesi per mettersi in regola con la formazione obbligatoria. Le lancette corrono e il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ha ribadito che non ci saranno ulteriori proroghe per chiudere in regola il triennio 2020-2022. Per evitare le sanzioni, che arrivano sino alla sospensione dall'Ordine professionale, i ritardatari devono quindi conseguire i crediti ECM necessari entro il prossimo 31 dicembre.

RITARDATARI NON PIÙ COPERTI DALL'ASSICURAZIONE

Sulla riforma del sistema ECM è al lavoro la Commissione ENPAM per la formazione continua in medicina, che in collaborazione con gli Ordini ha in programma di rendere il sistema più attrattivo e in linea con le esigenze dei professionisti. Il fine è quello di convincere i professionisti sanitari a se-

guire i corsi di formazione e a conseguire i crediti necessari, anche perché per gli inadempienti si preannunciano nuove sanzioni. L'annunciata, imminente approvazione dei decreti attuativi della legge Gelli-Bianco darà infatti piena operatività alla norma che lega l'assolvimento dell'obbligo ecm all'efficacia della copertura assicurativa.

In buona sostanza, medici e dentisti che non conseguiranno il 70 per cento degli ECM per il triennio 2023-2025, dal gennaio 2026 **potranno avere problemi a trovare una polizza che li tuteli in ambito professionale**. Potranno quindi rimanere senza copertura assicurativa e trovarsi esposti in caso di rimesse a loro carico. "Il mondo è cambiato" e "le nuove tecnologie rappresentano un importante elemento di sviluppo del comparto della formazione in campo

medico", ha detto il ministro Schillaci a QuotidianoSanità. "Temi quali la simulazione, l'intelligenza artificiale e il metaverso – ha continuato il ministro – diventeranno centrali in tema di aggiornamento professionale di tutti i professionisti del comparto sanitario".

METTERSI IN REGOLA CON TECH2DOC

Un aiuto per mettersi in regola con i crediti formativi arriva dalla **piattaforma Tech2Doc**. Il portale voluto dall'Enpam per promuovere l'adattamento alle nuove tecnologie dei medici e dei dentisti offre infatti **35 crediti ECM gratuiti** sulla salute digitale. Sulla piattaforma, il cui partner scientifico è Healthware e il provider Metis, sono aperte le iscrizioni a tutti i moduli del corso ECM sulla salute digitale.

Il primo modulo, da 5 crediti, è sull'ecosistema della salute digitale e i suoi strumenti. Gli altri riguardano lo sviluppo della salute digitale e la validazione (9 crediti ECM), la regolamentazione e i modelli di accesso (12 crediti) e il focus su applicazioni specifiche (9 crediti). I vari moduli possono essere seguiti anche indipendentemente l'uno dall'altro.

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.

Decalogo del Garante Privacy sull'uso dell'intelligenza artificiale

Il Garante Privacy vara un decalogo per la realizzazione di servizi sanitari a livello nazionale attraverso sistemi di intelligenza artificiale (IA).

Trasparenza dei processi decisionali, decisioni automatizzate supervisionate dall'uomo, non discriminazione algoritmica: questi i tre principi cardine enucleati dall'Autorità sulla base del Regolamento e alla luce della giurisprudenza del Consiglio di Stato.

In base alle indicazioni dell'Autorità, il paziente deve avere il diritto di conoscere, anche attraverso campagne di comunicazione, se esistono e quali sono i processi decisionali (ad esempio, in ambito clinico o di politica sanitaria) basati su trattamenti automatizzati effettuati attraverso strumenti di IA e di ricevere informazioni chiare sulla logica utilizzata per arrivare a quelle decisioni.

Il processo decisionale dovrà prevedere una supervisione umana che consenta al personale sanitario di controllare, validare o smentire l'elaborazione effettuata dagli strumenti di IA. È opportuno, avverte il Garante, che il titolare del trattamento utilizzi sistemi di IA affidabili che riducano gli errori dovuti a cause tecnologiche o umane e ne verifichi periodicamente l'efficacia, mettendo in atto misure tecniche e organizzative adeguate.

Questo, anche allo scopo di mitigare potenziali effetti discriminatori che un trattamento di dati inesatti o incompleti potrebbe comportare sulla salute della persona. Un esempio è il caso americano, richiamato dal Garante nel decalogo, riguardante un sistema di IA utilizzato per stimare il rischio sanitario di oltre 200 milioni di americani.

Gli algoritmi tendevano ad assegnare un livello di rischio inferiore ai pazienti afroamericani a parità di condizioni di salute, a causa della metrica utilizzata, basata sulla spesa sanitaria media individuale che risultava meno elevata per la popolazione afroamericana, con la conseguenza di negare a quest'ultima l'accesso a cure adeguate.

Il dato non aggiornato o inesatto, sottolinea l'Autorità, potrebbe influenzare anche l'efficacia e la correttezza dei servizi che i sistemi di IA intendono realizzare.

Particolare attenzione è stata posta dal Garante all'idoneità della base giuridica per l'uso dell'intelligenza artificiale. Il trattamento di dati sulla salute attraverso tecniche di IA, effettuato per motivi di interesse pubblico in ambito sanitario, dovrà essere previsto da uno specifico quadro normativo, che individui misure adeguate

a tutela dei diritti, delle libertà e dei legittimi interessi degli interessati.

Nel rispetto del quadro normativo di settore, il Garante ha inoltre sottolineato la necessità che, prima di effettuare trattamenti di dati sulla salute mediante sistemi nazionali di IA, sia svolta una valutazione d'impatto allo scopo di individuare le misure idonee a tutelare i diritti e le libertà dei pazienti e garantire il rispetto dei principi del Regolamento Ue.

Un sistema centralizzato nazionale che utilizzi l'IA determina infatti un trattamento sistematico su larga scala di dati sanitari che rientra tra quelli ad "alto rischio", per i quali la valutazione d'impatto è obbligatoria e deve essere svolta a livello centrale per consentire un esame complessivo sull'adeguatezza e omogeneità degli accorgimenti adottati.

Nella descrizione dei trattamenti è altresì necessario che siano puntualmente indicate, in particolare, le logiche algoritmiche utilizzate al fine di "generare" i dati e i servizi, le metriche impiegate per addestrare il modello, i controlli svolti per verificare la presenza di eventuali bias e la possibilità di una loro correzione.

IL DECALOGO È DISPONIBILE
SUL SITO WWW.GPDP.IT

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.

GABRIELE ZERBI

Ricerca, clinica e deontologia nell'opera di un medico veronese del Rinascimento

**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

Nell'articolo apparso sul fascicolo di settembre di *Verona Medica*, nello spazio destinato ai "Padri della Medicina Veronese" e dedicato a Giuseppe Cervetto (1807-1865)⁽¹⁾, si è fatto riferimento allo studio da quest'ultimo pubblicato in due successive edizioni (1842 e 1854) su alcune figure di anatomici italiani del XV secolo, legati alla città di Verona⁽²⁾. Tra questi compare il medico Gabriele Zerbi (1445-1505), che Cervetto nella sua biografia definisce «grande filosofo, medico-teorico, d'ingegno vivace» riportando le circostanze principali della sua vita abbastanza movimentata e conclusasi tragicamente, e soffermandosi con particolare attenzione soprattutto sulla sua opera come anatomista.

L'attenzione degli studiosi non è mancata nemmeno in tempi più recenti riguardo a questo medico del periodo rinascimentale. Tuttavia qualche incertezza per coloro che si sono avvicinati a lui è derivata dalla non univoca formulazione del cognome come compare in diversi documenti: Zerbi o Zerbis è la forma più accredi-

tata, ma non mancano dizioni come Zerbis, Gerbi o Gerbo. Ciò non ha comunque posto in discussione l'identità e l'attribuzione delle opere come attentamente analizzato da Ladislao Munster in un suo contributo su questo argomento⁽³⁾. I biografi peraltro concordano sull'ascendenza nobile della sua famiglia di origine, legata alla terra veronese.

Laureatosi nel 1467 a Padova, dove aveva studiato medicina e filosofia, a partire dal 1471 nello stesso Ateneo Gabriele Zerbi ricopre la cattedra di filosofia ordinaria. Nel 1475 si trasferisce a Bologna, nella cui Università è professore di medicina e filosofia fino al 1483, anno in cui si sposta a Roma. Durante il soggiorno romano, che dura fino al 1494, è docente di medicina alla Sapienza e medico personale del pontefice Innocenzo III, di cui gode particolare favore. Rientrato a Padova nel 1494, è nuovamente professore nell'Ateneo veneto, dove insegna medicina teorica ordinaria, e dal 1499 risulta avere esercitato la professione a Venezia. Il suo ultimo viaggio lo porta nel 1505 alla Corte Ottomana di Costantinopoli per curare un alto dignitario.

Ottenuto un iniziale successo della terapia, riparte per rientrare in patria con grandi ricompense e onori, ma il successivo e improvviso decesso del suo illustre paziente scatena la

collera dei familiari che, inseguendolo e raggiuntolo per mare, lo giustiziano barbaramente insieme al figlio che lo accompagnava.

Considerando le maggiori opere pubblicate da Zerbi, risultano:

- "Questiones metaphysicae" (1482) dove commenta la Metafisica di Aristotele;
- "Gerontocomia" (1489), dedicata alla cura degli anziani;
- "De cautelis medicorum" (1495), sull'etica e la deontologia del medico.
- "Liber anathomie corporis humani" (1502), ultimo saggio pubblicato e dedicato al lavoro svolto dall'autore nel campo dell'anatomia.

Il trattato "Gerontocomia", il cui titolo completo è "Gerontocomia, opus quod de senectute agit"⁽⁴⁾, pubblicato durante il soggiorno a Roma ("Anno Domini 1489") con la dedica a papa Innocenzo III, può essere considerato il primo di tipo pratico sul tema della vecchiaia⁽⁵⁾. Infatti, troviamo accuratamente presentati nell'opera le abitudini comportamentali, le malattie e i rimedi più adatti all'anziano per la relativa assistenza⁽⁶⁾. Nei primi capitoli Zerbi si sofferma sulle manifestazioni e l'evoluzione della vecchiaia, per poi passare a distinguere i provvedimenti medici basandosi sui principi della dottrina umorale e delle costituzioni individuali: i provvedimenti conser-

(1) Patuzzo S., Nicoli Aldini N., Franzoni A., "Giuseppe Cervetto e il ruolo di Verona nella Storia della Medicina". *Verona Medica*, 2023 (3): 34-38.

(2) Cervetto G., "Di alcuni celebri anatomici italiani del decimoquinto secolo". Tip. Venturini, Brescia 1854.

(3) Munster L., "Studi e ricerche su Gabriele Zerbi". *Rivista di Storia delle Scienze Mediche e Naturali* 1950 (XLI) Suppl. 1: 64-83.

(4) Zerbi G., "Gerontocomia, opus quod de senectute agit". *Impressum Romae per Eucharium Silber alias Frank*, Anno domini 1489.

(5) Münster L., "Il primo trattato pratico compiuto sui temi della vecchiaia: la Gerontocomia di Gabriele Zerbi". *Gerontologia e Geriatria*, 1951; 1 (1): 38-53.

(6) Lind R.L., "Gabriele Zerbi Gerontocomia On the care of the aged". *Memoirs of American Philosophical Society*, Philadelphia 1988.

vativi e quelli destinati al recupero delle energie dell'organismo. Ampio spazio è dedicato alla figura di chi assiste l'anziano ("gerontocomo"), il quale deve possedere esperienza e avere qualche nozione di medicina, oltretutto essere zelante, vigile, pulito e frugale. Infine, studia gli aspetti di carattere ambientale e climatologico, l'esercizio fisico, i bagni e l'alimentazione, soffermandosi analiticamente sui diversi cibi e bevande. L'opera è ricca di riferimenti a Aristotele, Galeno, Celso, Plinio, Isidoro di Siviglia, rivelando dunque un forte attaccamento alla tradizione classica.

Come ricordato, l'attenzione di Zerbi per l'etica medica si riscontra nell'opera "Questiones Metaphysicae" (1482), ma soprattutto nel "De Cautelis Medicorum" (1495)⁽⁷⁾, che assume i tratti di un galateo medico⁽⁸⁾, una forma letteraria che aveva come autori singoli e autorevoli medici. E Zerbi occupava indubbiamente una posizione di rilievo nella schiera di medici e filosofi di fama della seconda metà del Quattrocento⁽⁹⁾, una figura eminente del suo tempo che, al momento della scrittura di questo documento, insegnava medicina all'Università di Padova, dopo essere stato docente anche a Bologna e a Roma⁽¹⁰⁾. Il titolo del galateo, "De Cautelis Medicorum", si riferisce all'intento di Zerbi, quello di fornire ai medici appunto delle cautele ai medici per destreggiarsi in un mondo dominato da ignoranza, negligenza, cattivo giudizio e disattenzione, dove

le frodi e l'infamia sono costantemente in agguato⁽¹¹⁾, come peraltro lo stesso Zerbi avrà drammaticamente modo di sperimentare nel momento della morte violenta di cui sarà vittima insieme al figlio⁽¹²⁾, come abbiamo prima menzionato. Un galateo educativo e, diremmo oggi, difensivo, finalizzato a definire la figura del medico ideale come in uso in questi libretti densi, rivolti a colleghi non ancora uniti nella forza collegiale dell'associazionismo professionale. Non siamo ancora in presenza di un'etica rivolta alla categoria medica, ma di un insieme di diritti e doveri per i singoli medici, come singolo ne è l'autore (Zerbi).

Infatti, bisognerà attendere la fine del XIX secolo con la nascita delle prime Camere e dei primi Ordini (inizialmente ad adesione volontaria) rappresentativi di tutti i medici iscritti, perché si manifesti una "coscienza di classe" da parte dei medici, che troverà nell'espressione deontologica vincolante del Codice, il manifesto per la lotta comune tesa a rivendicare all'esterno l'attribuzione delle competenze esclusive e il riconoscimento del ruolo svolto nella tutela e nella salvaguardia della salute pubblica⁽¹³⁾. Un supporto etico, o meglio di regole morali⁽¹⁴⁾, quello di Zerbi, che diviene ragionevolmente popolare a quel tempo, considerando le sei edizioni di pubblicazione tra il 1495 e il 1528, e la sua menzione in diverse città dell'Europa meridionale e centrale⁽¹⁵⁾. Il "De Cautelis Medicorum" descrive un medico che, per non cadere vit-

tima di ingiurie, deve quindi prima di tutto essere prudente, muoversi con cautela in un contesto che può essergli ostile, dove la società sa essere malvagia e si incontrano molti medici impostori, ciarlatani che contribuiscono a far disprezzare chi invece ha dedicato la propria vita all'arte medica. Verso i "veri" colleghi, il medico deve essere rispettoso perché il buon nome di uno è il buon nome di tutti.

Una prudenza che nel quotidiano si deve tradurre in un corpo sano, dall'aspetto piacevole ma sobrio, ben vestito ma senza eccessi, con una camminata fiera ma dal passo lento, nella difesa delle proprie qualità professionali ma senza superbia e immodestia, nella sicurezza di sé ma sempre con discrezione e controllo nei modi e nelle parole. Zerbi dipinge un medico che è anche uomo di fede, la cui anima è devota a Dio, verso il quale mantiene specifici doveri, come testimoniato dal secondo capitolo dell'opera, anticipato solo dalle regole per gli studi e il perfezionamento, e seguito dalle sezioni sulla condotta generale, verso il paziente, i suoi familiari e la società. Infatti l'etica sullo sfondo si muove, in aggiunta alla base ippocratica (e galenica), sui dettami della religione cristiano-cattolica, lungo quei binari di tutela della vita che non contemplano l'utilizzo di medicinali per scopi differenti, ad esempio per interrompere la gravidanza, salvo alcuni casi eccezionali. D'altra parte alcune raccomandazioni di Zerbi derivano da trattati medievali, come

(7) *Opus perutile de cautelis Medicorum editum a clarissimo philosopho ac medico Magistro Gabriele Zerbo Veronense theorice medicine ordinariam studii patavini publice legente sub anno domini MCCCCLXXXV.*

(8) Munster L., "In tema di deontologia medica il 'De cautelis medicorum' di Gabriele Zerbi". Leo S. Olschki, Firenze, in Rivista di Storia delle scienze naturali, vol. XLVII, n. 1, gennaio-giugno 1956.

(9) Munster L., "Studi e ricerche su Gabriele Zerbi. I. Nuovi contributi biografici; la sua figura morale" [Studies and research on Gabriele Zerbi. I. Recent biographical contributions; his moral character]. Riv Stor Sci Mediche Nat. 1950;41(1 Suppl.): 64-83. Undetermined Language. PMID: 14817119.

(10) Tait R., "The Editions of Gabriele Zerbi's De cautelis medicorum and Their Influence". Journal of the Warburg and Courtauld Institutes, Volume 83, Number 1, 2020.

(11) Linden DE., "Gabriele Zerbi's De cautelis medicorum and the tradition of medical prudence". Bull Hist Med. 1999 Spring;73(1):19-37. doi: 10.1353/bhm.1999.0035. PMID: 10189726.

(12) Zampieri F., "Medicina a Padova nei secoli: la deontologia medica in Gabriele Zerbi". Mondo Salute, 8 maggio 2019.

(13) Patuzzo S., "Storia del Codice di deontologia medica. Dalle origini ai giorni nostri". Minerva Medica, Torino 2014.

(14) French R., "The Medical Ethics of Gabriele de Zerbi", in Wear A., Geyer-Kordesch J. and French R., "Doctors and Ethics. The Historical Setting of Professional Ethics", Clio Medica, Brill 1993: 72-97, PMID: 7516845.

(15) Tait R., "The Editions of Gabriele Zerbi's De cautelis medicorum and their Influence, op. cit.

quella della confessione del paziente ritenuta necessaria prima di iniziare la cura, basata sulla convinzione di una connessione tra malattia e peccato (e su quella che il medico possa curare solo con l'aiuto di Dio⁽¹⁶⁾), presente nel trattato salernitano "De adventu medicum ad aegrotum" (XII sec.), poi adottata dal Quarto Concilio Lateranense (1215 d.C.)⁽¹⁷⁾. Se il medico delineato da Zerbi deve incitare il paziente alla confessione perché le malattie sono molto più spesso causate dai peccati mortali, piuttosto che dall'errata alimentazione⁽¹⁸⁾, egli non manca di vicinanza al mondo ecclesiastico, come testimoniato dalla grande considerazione che sia papa Sisto IV (al quale Zerbi dedica le "Questiones metaphysicae") sia il suo successore papa Innocenzo VIII dimostrano per lui⁽¹⁹⁾. Naturalmente in linea con la tradizione paternalista il rapporto con il paziente, da non turbare con una prognosi infausta (da comunicare invece ai familiari con volto triste e voce spenta), anche se da tutelare nell'intimità della visita affinché si senta libero di aprirsi e nella confidenzialità del segreto, qualora si decida a dire la verità al curante senza confonderlo.

L'onore personale e quello del proprio lavoro si sovrappongono tra le pagine del galateo che, proprio come farebbe un amico fidato e sapiente, mette in guardia il medico dalle possibili insidie che si nascondono in una pratica inesperta. Come ad esempio il rischio che l'assenza di guarigione di pazienti con malattie croniche e complicate sia imputata erroneamente al medico, minando così la sua reputazione, oppure quello di far pensare che la morte di un paziente sia stata causata da un suo errore, se in quel mentre non vi sono altri testimoni. Anche il tema dell'onorario è incluso nella trattazione, per-

ché i beni materiali concorrono alla felicità e non sono da stigmatizzare. Se è legittimo per il medico pretendere il proprio onorario, anche se il paziente è in punto di morte, questo non deve legittimare citare in giudizio o prolungare la malattia per ragioni economiche. Il medico non deve mai apparire avido e la sua onestà si deve manifestare anche nella scelta di non adulare i potenti per interesse.

Le indicazioni di Zerbi non hanno soltanto un carattere morale. Il galateo si arricchisce di cautele da adottare a scopo clinico, come l'importanza dovuta alla formulazione della diagnosi, mediante la raccolta circostanziata della storia di salute del paziente (anche tramite i familiari), da pronunciarsi sempre con una prudenza che è necessario mantenere anche quando si selezionano i farmaci e una volta che è iniziata la terapia. L'attenzione del medico deve essere mantenuta anche per ciò che attiene alla prognosi: nel dubbio, meglio presentarla come non grave perché se il paziente si dovesse salvare ciò potrà essere interpretato come dovuto alle capacità del medico. Il galateo zerbiano si trasforma così anche in un piccolo mansionario, che accompagna il medico nella visita e lo guida dal suo arrivo in casa del paziente, sino al suo congedo.

L'ultimo scritto di Zerbi, il "Liber Anatomie corporis humani"⁽²⁰⁾, vede la luce nel 1502 a Venezia e si colloca tra quelle opere di anatomia che vengono definite "pre-vesaliane", ovvero apparse prima del "De humani corporis fabrica" di Andrea Vesalio (1543). Cervetto nel suo lavoro sugli anatomici italiani⁽²¹⁾ si sofferma a lungo sul contenuto di questo scritto, che definisce «raro trattato anatomico», riprendendone le diverse parti con una

sintesi abbastanza articolata. Senza entrare nel merito dell'intera opera, il cui contenuto risulta spesso di non facile interpretazione, possiamo affermare che Zerbi segua nella sua impostazione la traccia di Mondino de Liuzzi (1275 ca- 1326)⁽²²⁾, che nel 1316, dando alla luce la sua "Anothomia", aveva all'epoca segnato la traccia per generazioni di studenti.

«Chi vuole conoscere le opere della natura non deve affidarsi ai testi di anatomia ma deve osservare la natura come essa si presenta ai suoi occhi», scrive da parte sua Zerbi nel suo trattato, riprendendo proprio quel "metodo manuale" che nel XIV secolo l'anatomista bolognese Mondino aveva insegnato dalla cattedra in presenza del cadavere su cui praticava la dissezione.

Va comunque ricordato che Zerbi proprio per la scarsa disponibilità di cadaveri umani fece ampio ricorso all'impiego di animali per eseguire le proprie dissezioni, spaziando con il proprio scritto anche verso il campo dell'anatomia comparata.



(16) Munster L., "In tema di deontologia medica il 'De cautelis medicorum' di Gabriele Zerbi", op. cit.

(17) Linden DE., "Gabriele Zerbi's De cautelis medicorum and the tradition of medical prudence", op. cit.

(18) Munster L., "In tema di deontologia medica il 'De cautelis medicorum' di Gabriele Zerbi", op. cit.

(19) De Santo N.G., Bisaccia C., De Santo R.M., Touwaide A., "The pre-Vesalian kidney: Gabriele Zerbi, 1445-1505". Am J Nephrol. 2002 Jul;22(2-3):164-71. doi: 10.1159/000063756. PMID: 12097735.

(20) Zerbi G., "Liber anatomiae corporis humani et singulorum membrorum illius". Venetiis Locatellus 1502.

(21) Cervetto G., "Di alcuni celebri anatomici italiani del decimoquinto secolo", op. cit.: 28-36.

(22) De Santo G.N., Bisaccia C., De Santo R.M., Touwaide A. The pre-vesalian Kidney, Gabriele Zerbi 1445-1505", op. cit.

Agricoltura cellulare: la carne coltivata tra presente e futuro, dubbi e prospettive

FEDERICA CHELI*,
TAMIL SELVI SUNDARAM,
DAVIDE LANZONI,
CARLOTTA GIROMINI*
DIPARTIMENTO DI MEDICINA
VETERINARIA E SCIENZE ANIMALI (DIVAS),
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
*CRC "INNOVATION FOR WELL-BEING
AND ENVIRONMENT (I-WE)",
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

CARNE COLTIVATA: IL CONTESTO

Il settore agro-alimentare deve affrontare nel *futuro-presente* diverse sfide: *food security*, sostenibilità e sicurezza alimentare. Oggi la popolazione mondiale stimata è di 7,3 miliardi e si prevede che supererà i 9 miliardi entro il 2050. Ci sarà pertanto una crescita drammatica della domanda di cibo, soprattutto di origine animale. La FAO ha previsto che la domanda globale di cibo aumenterà del 50% entro il 2030 e raddoppierà entro il 2050. Si tratta di una grande sfida a causa delle limitazioni delle risorse e dei terreni coltivabili nonché dell'impatto della filiera agro-alimentare sull'ambiente. Ultima sfida, non meno importante, la sicurezza alimentare che rappresenta un prerequisito: la promozione della sostenibilità socioeconomica e ambientale nel settore agroalimentare deve essere accompagnata dalla garanzia di un elevato livello di sicurezza alimentare e di tutela dei consumatori.

L'innovazione tecnologica e le biotecnologie si inseriscono in questo scenario e la carne coltivata può rappresentare una fonte proteica alternativa. La carne coltivata è uno dei prodotti dell'agricoltura cellulare, un ramo emergente della biotecnologia che mira alla produzione di carne ed

altri derivati animali a partire da coltivazioni cellulari affrontando quindi aspetti associati all'impatto ambientale, al benessere degli animali e alle sfide di sostenibilità dell'allevamento convenzionale per la produzione di carne ed altri derivati animali. Insieme alla produzione di proteine su base vegetale e tramite fermentazione, l'agricoltura cellulare costituisce uno dei pilastri dell'emergente settore delle proteine alternative. L'agricoltura cellulare si avvale del contributo di più discipline come la biologia, la chimica, la nutrizione, l'informatica e l'ingegneria, nonché dei risultati e dei traguardi raggiunti dalla ricerca nel campo della medicina rigenerativa.

CARNE COLTIVATA: IL PROCESSO PRODUTTIVO

La storia della carne coltivata coinvolge una combinazione di previsioni surreali e scoperte scientifiche. La carne coltivata apparve per la prima volta nel 1897 in un romanzo fantascientifico di Kurd Laßwitz intitolato *Auf Zwei Planeten*, ma la vera attenzione ed il dibattito sulla carne coltivata inizia nel 2013 con la presentazione del primo "hamburger coltivato" da parte del ricercatore olandese Mark Post.

Per il processo produttivo, gli elementi chiave sono le cellule, i terreni di coltura e gli scaffold nei quali vengono alloggiati le cellule. Nella maggior parte dei casi si parte da biopsie, vengono utilizzate cellule pluripotenti, come cellule staminali embrionali o cellule staminali pluripotenti indotte. Attualmente, l'interesse di ricerca è rivolto anche all'impiego di linee cellulari non geneticamente modificate. Successivamente le cellule vengono poste in condizioni di crescita adeguate. Le cellule vengono inizialmente

lasciate proliferare e questo metodo rappresenta lo standard per i metodi di coltura cellulare in laboratorio, principalmente dedicati alle attività di ricerca. Tuttavia, per la produzione di cellule industriali su larga scala, sono necessarie colture in sospensione in bioreattori per aumentare l'efficienza del processo.

I bioreattori sono in grado di assicurare un ambiente controllato e adeguato alla crescita e differenziazione cellulare in termini di sterilità, temperatura, ossigeno e terreno di coltura. Al tempo stesso, vengono monitorati parametri rilevanti come i gas disciolti, i livelli di metaboliti, il pH e l'accumulo di biomassa. Il terreno di coltura è costituito da nutrienti quali amminoacidi, glucosio, vitamine e sali inorganici, ed integrato con proteine, fattori di crescita e altre componenti biologiche come lipidi e antiossidanti. Nei terreni di coltura possono essere presenti prodotti di origine animale come il siero bovino fetale (FBS). Per problemi di possibili contaminazioni del FBS, ma soprattutto etici, la ricerca si sta muovendo per trovare alternative per formulazioni sostenibili di terreni di coltura senza siero. Oltre, o in alternativa ai fattori di crescita, la stimolazione meccanica come la contrazione, il flusso di fluidi o l'impiego di particelle magnetiche possono essere utilizzati per stimolare le cellule muscolari. La differenziazione può avvenire su scaffold, oppure un mix di cellule, matrici, biomateriali e biomolecole può essere utilizzato per la formulazione di un *inchiostro edibile* utilizzato per la stampa con biostampanti 3D. Durante la produzione, la carne coltivata può essere arricchita con diversi fattori, in particolare la vitamina B12, carente nelle strutture muscolari cresciute in laboratorio.

CARNE COLTIVATA: TANTE DOMANDE RISPONDIAMO AD ALCUNE

• La carne coltivata è sicura?

La carne coltivata è sicura dal punto di vista della sicurezza alimentare che rappresenta un prerequisito per l'immissione sul mercato di tutti i prodotti alimentari. A livello di Unione Europea, gli alimenti a partire da cellule sono una delle categorie dei Novel Food e pertanto regolamentati dalle normative vigenti. Il documento *FOOD SAFETY ASPECTS OF CELL-BASED FOOD* (FAO WHO, 2023) ha individuato, oltre ai pericoli ben noti nella produzione degli alimenti convenzionali, nuovi potenziali pericoli associati alle diverse fasi del processo produttivo considerando l'origine delle cellule, i nuovi materiali, le attrezzature, gli ingredienti del terreno di coltura e la possibilità di allergie. La maggior parte dei potenziali pericoli per la sicurezza alimentare nella produzione di carne coltivata, come la contaminazione microbiologica e i problemi relativi ai residui, non sono una novità.

In questo scenario, va sottolineato che il processo di produzione avviene in ambiente controllato secondo standard di sicurezza, procedure e linee guida per l'utilizzo dei laboratori e delle colture cellulari che permettono di tenere sotto controllo i rischi. Nel passaggio di produzione della carne coltivata dal laboratorio ad una possibile produzione su scala industriale è importante imparare dall'esperienza consolidata nella produzione di alimenti tradizionali. La caratterizzazione delle cellule e i controlli di qualità (già di routine in laboratorio), le buone pratiche di produzione e igiene, nonché sistemi di gestione della sicurezza alimentare come l'HACCP sono applicabili per garantire la sicurezza alimentare della carne coltivata.

• Qual è l'impatto ambientale della carne coltivata?

La filiera agro-alimentare è una delle cause di esaurimento delle risorse e di impronta ecologica negativa, essendo responsabile di circa un terzo delle emissioni globali di gas. La carne coltivata è meno impattante rispetto alla carne tradizionale per quanto riguarda il consumo di terra e acqua. Inol-

tre, la minor produzione di gas serra, soprattutto metano, rappresenta uno dei benefici più importanti della carne coltivata. Indubbiamente la produzione di carne coltivata è un processo altamente energivoro e, pertanto, il suo impatto relativo dipende dalla disponibilità di energia e dei sistemi di produzione che verranno adottati (fonti rinnovabili). Visti i fattori coinvolti nella produzione di carne coltivata, attualmente non è possibile trarre delle conclusioni definitive.

Gli studi sono ancora pochi, diversi sono i modelli di studio adottati per la valutazione dell'impatto ambientale con fattori diversi considerati nell'analisi. Ultimo, ma non meno importante, gli studi ad oggi disponibili sono prospettici condotti nella fase iniziale di sviluppo e con proiezioni per quanto riguarda la produzione a scala commerciale nel futuro.

• La carne coltivata e di allevamento hanno le stesse caratteristiche?

La carne convenzionale è un mondo di biodiversità. La specie animale, la razza, il sesso, la categoria nonché il tipo di allevamento, l'alimentazione e l'applicazione di tecniche di frollatura, che trasformano i muscoli in carne, sono alcuni dei fattori che influenzano le caratteristiche della carne.

Ad oggi non ci sono studi comparativi di confronto sulla composizione della carne coltivata con la carne tradizionale in termini di qualità e quantità di macro e micronutrienti. Sicuramente, le potenzialità del processo di produzione della carne coltivata permettono di pensare ad una formulazione di un prodotto che presenti le stesse caratteristiche e andare oltre in termini di produzione di una carne *sartoriale* in grado di rispondere ad esigenze specifiche del consumatore.

La carne coltivata è attualmente prodotta sottoforma di hamburger o nuggets di pollo, in quanto riprodurre un taglio commerciale presenta ancora difficoltà. La sfida futura sarà quella di produrre carne coltivata in grado di evocare il sapore, la texture e la stessa esperienza sensoriale della carne.

• Carne coltivata: il consumatore

L'accettabilità della carne coltivata da parte del consumatore dipende da diversi aspetti. Oltre alle caratteristiche chimico nutrizionali ed organolettiche del prodotto, la qualità percepita, le aspettative, le esigenze ed aspetti etico-sociali giocano un ruolo chiave. In questo scenario la corretta informazione, basata su evidenze scientifiche, è indispensabile. Il nome è importante e critico perché influisce direttamente o indirettamente sulla percezione e sull'attrattiva del prodotto da parte dei consumatori. Le autorità nazionali ed internazionali competenti devono stabilire norme chiare e coerenti e terminologie che si adattino ai loro contesti nazionali e linguistici in modo da poter mitigare potenziali problemi di comunicazione. La denominazione "Alimenti a partire da colture cellulari" rappresenta quella maggiormente accettata, anche se in questo articolo, per semplicità, abbiamo utilizzato il nome carne coltivata. Sicuramente, il termine carne *sintetica* non è appropriato.

Da studi pubblicati in letteratura, c'è una grande disponibilità da parte dei consumatori a provare e consumare carne e prodotti derivati dalla carne coltivata, confermando che la popolazione, spinta da preoccupazioni per lo più ambientali ed etiche, potrebbe optare per un consumo di carne alternativa. Il prezzo e il gusto sono i fattori limitanti principali che ne limiterebbero il possibile consumo, per la maggior parte dei consumatori. Solo una ridotta percentuale degli intervistati nei diversi studi ha dichiarato di essere disponibile a pagare la carne coltivata di più rispetto alla carne convenzionale.

• Carne coltivata: il mercato e gli aspetti normativi

Non c'è ancora consenso in letteratura su tutti i punti di forza, debolezza, problematiche e opportunità delle carni coltivate, e questo suggerisce che la loro commercializzazione su larga scala non potrà avvenire nel breve periodo. Attualmente esistono più di 100 start-up che sviluppano vari prodotti alimentari basati su cellule in tutto il mondo. Questo panorama commerciale si sta espandendo molto rapidamente, con molti tipi diversi di

prodotti basati sull'agricoltura cellulare, non solo carne coltivata, ma anche pesce, latte e uova per una futura commercializzazione. In molte nazioni, l'ingresso sul mercato della carne coltivata, come di altri *Novel Foods*, prevede una preventiva autorizzazione basata su una valutazione del rischio per la sicurezza alimentare da parte di autorità o agenzie alimentari scientifiche. Qualche esempio: 1) nell'Unione Europea, prima che la carne coltivata possa essere commercializzata, sarà necessaria l'approvazione della Commissione Europea, su parere dell'Autorità Europea per la Sicurezza

Alimentare (EFSA) (ad oggi, nessuna richiesta di autorizzazione riguardante la carne coltivata è stata presentata alla Commissione Europea; 2) nel novembre 2022 e marzo 2023, negli Stati Uniti, l'FDA ha completato la prima consultazione pre-commercializzazione per la carne coltivata di pollo e la sua sicurezza; 3) la Food Agency di Singapore ha approvato la vendita di pollo coltivato nel 2020.

CONCLUSIONI

La carne coltivata è un prodotto molto dibattuto nell'ambito della comunità scientifica, della società civile, dei

policy maker e dei legislatori. Anche se è necessaria ancora una maggiore conoscenza e comprensione della capacità dell'agricoltura cellulare di rispondere alle richieste della crescente popolazione globale rispettando le sfide odierne, come quelle ambientali nel rispetto del benessere animale, la carne coltivata può rappresentare una fonte proteica alternativa sostenibile. In questo contesto, si rende necessario il potenziamento della ricerca scientifica in questo ambito al fine di ottenere una valutazione olistica, multicriterio e indipendente della carne coltivata.

Alcuni riferimenti bibliografici

- Z.F., Fayaz, H. (2011). Prospectus of cultured meat—Advancing meat alternatives. *Journal of Food Science and Technology*, 48, 125–140.
- Chriki, S., Hocquette, J.F. (2020). The myth of cultured meat: A review. *Frontiers in Nutrition*, 7, 7.
- FAO & WHO, 2023. Food safety aspects of cell-based food. Rome.
- Garrison, G.L., Biermacher, J.T., Brorsen, B.W. (2022). How much will large-scale production of cell-cultured meat cost? *Journal of Agriculture and Food Research*, 10, 100358.
- Lanzoni, D., Bracco, F., Cheli, F., Colosimo, B.M., Moscatelli, D., Baldi, A., Rebucci, R., Giromini, C.

- (2022). Biotechnological and technical challenges related to cultured meat production. *Applied Sciences*, 12, 6771.
- Lynch, J., Pierrehumbert, R. (2019). Climate impacts of cultured meat and beef cattle. *Frontiers in Sustainable Food Systems*, 3, 5.
- Mancini, M.C., Antonioli, F. (2020). To what extent are consumers' perception and acceptance of alternative meat production systems affected by information? The case of cultured meat. *Animals*, 10, 656.
- Post, M.J., Hocquette, J.F. (2017) New Sources of Animal Proteins: Cultured Meat. In "New Aspects of Meat Quality: From Genes to

- Ethics", Editor Peter P. Purslow, Elsevier Ltd.
- Weinrich, R., Strack, M., Neugebauer, F. (2020). Consumer acceptance of cultured meat in Germany. *Meat Science*, 162, 107924.
- Wilks, M., Phillips, C.J.C. (2017). Attitudes to in vitro meat: A survey of potential consumers in the United States. *Plos One*, 12, e0171904.

Nota finale:

la professoressa Cheli è stata ospite di AMMI sezione di Verona, dove il 6 ottobre, in sala Fazzini, ha tenuto una apprezzata relazione davanti a un folto pubblico.

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.

Verso una nuova “Pletora Medica”?

SENZA MODIFICHE DAL 2032 SARANNO PRODOTTI 150 MILA MEDICI A FRONTE DEI 42MILA IN USCITA

"Secondo dati del 2021, i medici italiani tra i 45 e 54 anni, quelli che inizieranno a lasciare l'impegno attivo a partire dal '32/33, sono poco meno di 42mila, la coorte precedente (tra 55 e 64) ne conta circa 74mila. Gli accessi programmati a Medicina si sono mantenuti intorno alle 7/8mila unità fino al 2010, per attestarsi sulle 10/11mila unità negli anni successivi, fino al 2019 quando è iniziata una rapida crescita culminata, dopo un triennio a 15 mila, fino ai 20mila di quest'anno.

Le stime più pessimistiche a disposizione collocano intorno al 2030 la fine delle tensioni tra offerta complessiva di professionisti (che sono già "in produzione") e i fabbisogni di rimpiazzo. Tutto ciò significa che se continuiamo a mantenere una media di accessi intorno alle 15 mila unità, il 25% in meno rispetto a quest'anno, in un decennio, a partire dal '32,

verranno "prodotti" circa 150 mila medici a fronte di 42 mila che se ne andranno in pensione".

Il calcolo è de "Il Sole 24 ore", in un articolo a firma di Mario Del Vecchio, che spiega: "A meno di non immaginare un aumento drammatico del fabbisogno di medici, in un sistema che già oggi ha una densità medica significativamente maggiore di quella che si registrano in Francia e UK, la "plethora medica" con tutte le sue conseguenze, è certa e, in parte, inevitabile anche per il dispiegarsi degli effetti di decisioni già prese (gli accessi definiti degli anni recenti). Molti Paesi adottano per le professioni sanitarie politiche di numerosus clausus in ragione dei costi connessi alla formazione, della qualità richiesta alla formazione stessa e dei fenomeni di sovraconsumo che un numero eccessivo di professionisti potrebbe ingenerare.

Se il nostro Paese intende mantenere un assetto a numero chiuso, le migliori modalità con cui realizzarlo sono un tema diverso; ragionevolezza imporrebbe una rapida e drastica diminuzione degli accessi, verso ordini di grandezza coerenti con le 42 mila uscite del decennio considerato.

In questa prospettiva le recenti prese di posizione del mondo politico sugli accessi a Medicina potrebbero essere ottimisticamente interpretate non tanto come espressione di una facile ricerca di consenso nel perenne clima elettorale che affligge il nostro dibattito pubblico, quanto, piuttosto, il frutto di una realistica presa d'atto dell'impossibilità, nell'attuale contesto politico e istituzionale, di produrre su questo tema decisioni collettive caratterizzate da un minimo di razionalità tecnica (i fatti citati all'inizio)".

RICORDATE...!

È fatto obbligo a tutti gli Iscritti:

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

Prestanomismo

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

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

Spesa sanitaria pro-capite L'Italia è al 16° posto tra i Paesi europei Ocse

L'Italia è il fanalino di coda tra i paesi europei OCSE nel G7 per la spesa pro-capite. Se non vi sarà un cambio di rotta dovremo dire addio al diritto costituzionale di tutela della salute collettiva. Questo quanto emerge da un'analisi condotta dalla Fondazione Gimbe in vista della discussione della Legge di Bilancio 2024. L'obiettivo, spiega il presidente della Fondazione Nino Cartabellotta, "è fornire dati oggettivi utili al confronto politico e al dibattito pubblico ed evitare strumentalizzazioni".

La spesa sanitaria pubblica del nostro Paese nel 2022, secondo il report di Gimbe, si attesta al 6,8% del

Pil, sotto di 0,3 punti percentuali sia rispetto alla media Ocse del 7,1% che alla media europea del 7,1%. Sono ben 13 i Paesi dell'Europa che in percentuale del Pil investono più dell'Italia, con un gap che va dai +4,1 punti percentuali della Germania (10,9% del Pil) ai +0,3 dell'Islanda (7,1%).

Il gap è forte anche per la spesa sanitaria pro-capite: in Italia è pari a 3.255 dollari, rimanendo al di sotto sia della media Ocse (3.899 dollari) con una differenza di 644, sia della media dei paesi europei (4.128) con una differenza di 873. E in Europa sono ben 15 Paesi a investire più di noi in sanità, con un gap che va dai

+583 della Repubblica Ceca (3.838) ai +3.675 della Germania (6.930).

"Al cambio corrente dollaro/euro - precisa Cartabellotta - il gap con la media dei paesi europei dell'area OCSE oggi ammonta ad oltre 808 euro pro-capite che, tenendo conto di una popolazione residente Istat al primo gennaio 2023 di oltre 58,8 milioni di abitanti, si traduce nella cifra di oltre 47,6 miliardi di euro".

Infine, commenta ancora Cartabellotta, "se per fronteggiare la pandemia tutti i Paesi del G7 hanno aumentato la spesa pubblica pro-capite dal 2019 al 2022, l'Italia è per ultima poco sopra il Giappone".

Soprattutto, fa notare la Fondazione, "dopo l'emergenza Covid-19 il gap con gli altri Paesi europei del G7 continua a crescere: infatti nel nostro Paese la spesa sanitaria pubblica nel 2022, rispetto al 2019, è aumentata di 625 dollari, quasi la metà di quella francese (1.197 dollari) e 2,5 volte in meno di quella tedesca (1.540 dollari)".

Dati Ocse, Italia al terzo posto

SCOTTI (FIMMG): «QUELLA ITALIANA NON È UNA MEDICINA DEL TERRITORIO INEFFICACE E INAPPROPRIATA. RINNOVO CONTRATTUALE NON PIÙ PROCRASTINABILE»

Medici di medicina del territorio decisamente sottorganico, ma una spiccata capacità di rispondere alle richieste di salute legate a cronicità e fragilità.

«Gli ultimi dati Ocse smontano una narrazione della sanità territoriale italiana fatta di inappropriatazza dei ricoveri e, indirettamente, certificano invece una capacità di problem-solving molto spiccata da parte dei medici che sul territorio rispondono alle

richieste dei cittadini, evitando che siano costretti a ricorrere ad ospedalizzazioni improprie».

A dirlo è il segretario generale di Fimmg Silvestro Scotti. Nella fotografia che delinea le caratteristiche del sistema sanitario nazionale dal 2011 al 2021 i dati che riguardano tutti i ricoveri legati a malattie croniche come asma, BPCO ed insufficienza cardiaca congestizia, così come quelli relativi alle ospedalizzazioni

per diabete, confermano un trend più che positivo, con l'Italia in costante miglioramento. Addirittura, guardando ad asma, Bpco e diabete, il Paese risulta al terzo posto per il numero più basso di ricoveri evitabili. «Dati che certificano l'efficacia della medicina del territorio e che rendono ancor più evidente come, rispetto al racconto che solitamente si propone ai cittadini, qualcosa non torni», prosegue il leader Fimmg.

Al di là delle opinioni, i numeri sono inequivocabili e devono essere letti nel modo giusto. Ad esempio se si guarda il numero di medici in rapporto alla popolazione, risulta evidente l'equilibrio con la media Ocse; ma basta andare più in profondità per rendersi conto di un pesante squilibrio a carico dei medici del territorio, il cui numero è decisamente sotto-dimensionato. I medici del territorio sono solo il 17% del totale dei medici e con gli specialisti all'80%, dati che rispettivamente corrispondono al 23% e al 64% della media dei Paesi OCSE in relazione al 2021.

«Appare evidente che in questo Paese si continua a parlare di potenziare il territorio, ma non si programmano risorse umane specifiche e poi si banalizza limitandosi ad uno sguardo superficiale. La vera programmazione - prosegue Scotti - parte dal rendere nuovamente attrattiva

la medicina generale, potenziandola nel ruolo e valorizzandone i risultati professionali che ottiene. Incredibile che la realtà debba emergere dai dati OCSE e che nel dibattito interno, come accaduto negli ultimi anni post-Covid, la medicina del territorio appaia invece come responsabile di un fallimento di gestione del territorio. Esiste, evidentemente, un'altra storia da raccontare e di certo esistono altri colpevoli».

Il segretario generale Fimmg punta infine il dito sull'aspetto contrattuale, ricordando che i medici di medicina generale non solo assicurano una risposta efficace pur essendo pochi e in molte parti d'Italia in via di estinzione, ma lo fanno nonostante un rinnovo contrattuale fermo ancora al 2019. «L'etica professionale e il rispetto dei valori che da sempre ci animano ci spingono (è stato così anche nei momenti più drammatici)

ad essere sempre presenti e disponibili; ma questo non significa che si possa chiedere ad una categoria di svendere la propria professionalità e il proprio futuro. La medicina generale è un bene sul quale si deve investire, perché equivale ad investire sulla tenuta del sistema sanitario nazionale».

Proprio su quest'ultimo punto si apre uno spiraglio: «Grazie all'impegno di SISAC e delle Regioni - annuncia Scotti - ci aspettiamo di arrivare a definire il contratto 2019/2021 entro fine anno. Un obiettivo al quale stiamo lavorando con decisione da tempo e di certo non più procrastinabile, e qualunque ostacolo troveremo a questo nostro intendimento lo considereremo pretestuoso e responsabile della scomparsa del nostro ruolo nel Servizio sanitario nazionale. Ma prima di scomparire, si stia certi che ci faremo sentire».

Arrivano le Case di comunità spoke fatte dai medici

I medici di famiglia e i pediatri potranno aggregarsi per dare vita a **Case di comunità** spoke gestite in autonomia e **prese in affitto o in leasing con il sostegno di Enpam**. Queste case nasceranno predisposte per ospitare altri specialisti e professionisti sanitari, il personale e gli infermieri di studio.

L'iniziativa è stata anticipata nel corso della convention nazionale della Simg, la società italiana di medicina generale e delle cure primarie, che si è tenuta a Riccione. Rispetto alle Case di comunità centralizzate "hub" previste dal Pnrr, le Case di comunità "spoke" si caratterizzeranno per una maggiore

capillarità e un'effettiva vicinanza sul territorio. Inoltre non saranno di proprietà pubblica ma frutto dell'iniziativa dei liberi professionisti convenzionati con il Ssn.

Concretamente i team dei medici interessati potranno individuare l'immobile da destinare a Casa di comunità spoke; **i locali verranno quindi acquistati, ristrutturati e attrezzati da un fondo immobiliare e quindi dato in affitto o in leasing agli stessi medici che ci lavoreranno**. I medici si potranno organizzare nel modo che preferiscono, ad esempio formando una cooperativa o una società tra profes-

sionisti con altra forma giuridica. Non necessariamente bisognerà partire da zero: si potranno utilizzare anche coop o società esistenti e/o convertire studi professionali già funzionanti. Nel caso di leasing - che si differenzia dall'affitto perché alla fine permette ai medici di diventare proprietari - è prevista la possibilità di farsi aiutare dal **Fondo di garanzia per i liberi professionisti, promosso dallo Stato e co-finanziato da Enpam**.

Dal punto di vista professionale l'obiettivo è quello di contribuire a passare da un modello con al centro l'ospedale a un'integrazione progressiva territorio-ospedale, partendo dalla casa come primo luogo di cura. Gli studi professionali organizzati in Case di comunità **"spoke"** saranno naturalmente connessi con le Case di comunità **"hub"**.

La fase operativa del progetto non è ancora partita ma i dettagli saranno approfonditi in prossime occasioni pubbliche, a partire dal prossimo Congresso Fimmg-Metis di Villasimius.

Plebiscito per il SSN: per tre italiani su quattro la sanità deve essere pubblica

INDAGINE ISTITUTO PIEPOLI PER FNOMCEO: PER IL 90% DEI CITTADINI LA SANITÀ DEVE ESSERE PRIORITÀ DI GOVERNO

Per **oltre tre italiani su quattro** la sanità deve essere pubblica. Di più: **per il 90%** dei cittadini deve essere una priorità del Governo nella Finanziaria. Per il 37%, merita addirittura il **primo posto**. Sono questi alcuni dei risultati dell'Indagine eseguita sull'opinione pubblica e sul personale medico dall'**Istituto Piepoli** per la **Fnomceo**, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e presentata oggi nell'ambito del Convegno **"Valore salute: SSN volano di progresso del Paese. I 45 anni del Servizio sanitario nazionale, un'eccellenza italiana"**, in corso a Roma.

Protagonista delle interviste telefoniche e via web - effettuate su un campione di 1000 persone, rappresentativo degli italiani di età compresa tra 15 e 75 anni, con un oversampling di 200 interviste nella fascia d'età tra 15 e 19 anni, e un campione di 300 medici e odontoiatri - proprio il Servizio sanitario nazionale, come fattore determinante per unire il Paese e farlo crescere.

"La manovra punta finalmente sui professionisti del Servizio sanitario nazionale- afferma il Presidente della Fnomceo, Filippo Anelli - invertendo una tendenza che, sinora, aveva allocato risorse, attraverso il PNRR, soltanto sulle strutture e sulle infrastrutture. Bisogna continuare su questa strada, continuare a investire sulla sanità perché quell'auspicio del Ministro della Salute Orazio Schillaci di trasformare la sanità in un grande sistema Paese che dia risposte a tutti sia realizzato".

A quanto emerge dall'indagine, gli italiani tendono in maggioranza (54%) a

promuovere il servizio sanitario regionale, ma con grandi distanze territoriali. Se, infatti, al nord si raggiungono picchi del 69% di soddisfazione, al sud e nelle isole ci si ferma a quota 41%.

Specularmente e di conseguenza, quando si chiede chi debba guidare la sanità tra Stato e Regioni, al nord prevale il modello concentrato sulle regioni mentre al sud si chiede un intervento statale, probabilmente proprio nella speranza che questo riequilibri la qualità percepita del servizio sanitario.

Quello che è chiaro, in ogni caso, è che la sanità per gli italiani **deve essere prevalentemente pubblica. Così la pensano più di 3 italiani su 4, il 76%, in questo caso in modo trasversale nelle diverse aree del Paese.**

Digitale in sanità benvenuto per il 73% degli italiani, che apprezzano e utilizzano ricette elettroniche e ritiro online dei referti, ma con giudizio: l'Intelligenza Artificiale va bene, ma solo come alleato e supporto al medico. A pensarla in questo modo, il 92% degli intervistati, che escludono di farsi curare, anziché dal medico, da una piattaforma di Intelligenza artificiale. Il rapporto diretto e fiduciario con il proprio medico, infatti, è talmente importante che **il 75% degli italiani intervistati si dice non disponibile a rinunciare al diritto di scegliere il proprio medico di famiglia.**

In media, ad oggi gli italiani risparmiano il 10% delle proprie entrate per le spese sanitarie, ma tanti (il 23%) purtroppo vorrebbero ma non riescono a farlo, tanto che ad oggi **circa 3 milioni di italiani ammettono che, quan-**

do devono usufruire di prestazioni sanitarie a pagamento, rinunciano a curarsi.

Sempre più cittadini sono costretti a spostarsi in altre Regioni alla ricerca di centri di eccellenza: il 63% degli intervistati percepiscono questo problema con riferimento al loro territorio, con punte del 79% al Sud e nelle isole. La stragrande maggioranza degli italiani, il 93%, vorrebbe, per questa ragione, un aiuto dallo Stato: e **oltre otto persone su dieci**, trasversalmente su tutto il territorio nazionale, vorrebbero un'organizzazione sanitaria che porti l'eccellenza dove vive, senza per forza essere costretti a "viaggi della speranza", costosi in termini di denaro, tempo ed energie.

Passando alla *qualità* dell'assistenza sanitaria, questa è largamente sufficiente per gli italiani (il 67% la reputa soddisfacente) che **vedono in maggioranza la sanità come un settore in grado di generare ricchezza, dunque sul quale investire, e non come un semplice costo**, mentre ritengono che, al contrario, la gestione dei servizi risponda più alle esigenze di bilancio che a quelle di salute.

Il 90% degli italiani è convinto in ogni caso che nella legge finanziaria la sanità debba essere al primo posto o tra le priorità principali del Governo. Tra gli interventi da mettere in atto per migliorare l'assistenza, il 55% di coloro che non ne sono soddisfatti propongono di agire sul personale, incrementandolo, il 42% vogliono aumentare i finanziamenti, il 38% migliorare le organizzazioni.

Passando ai medici italiani, loro sono ben coscienti dell'importanza del loro stesso lavoro - il 96% lo reputa molto

o abbastanza importante - ma pensano che le istituzioni ne abbiano percezione minore, tanto da ritenere che l'importanza del ruolo del medico in Italia oggi sia minore rispetto al periodo pandemico, in cui invece molti sottolineavano la condizione eroica della professione sanitaria. I medici vorrebbero avere maggior peso decisionale nel mondo sanitario e lanciano un allarme: a causa della troppa burocrazia, **più di un medico su tre dichiara di non avere a disposizione tutto il tempo di cui avrebbe bisogno per occuparsi dei pazienti.**

Questa condizione di difficoltà spinge **molti medici italiani (il 40% del nostro campione)** a valutare l'opportunità di **andare all'estero**, fuori dall'Italia, a svolgere la professione medica.

Ciononostante, **l'83% dei medici si conferma ancora attaccato alla propria professione**, tanto da dichiarare che quello che fa ogni giorno, il rapporto con i pazienti, aiutare le persone, salvare vite corrisponde all'idea che aveva quando ha scelto di svolgere la professione sanitaria.

Una professione che resta fortemente attrattiva anche tra i giovani: **il 57% del campione tra i 15 e i 24 anni** ha preso in considerazione la possibilità di formarsi per essere un professionista della salute.

*"Gli italiani promuovono la sanità italiana - afferma **Livio Gigliuto** Presidente Esecutivo Istituto Piepoli - ma evidenziano il bisogno di risolvere i divari territoriali tra nord e sud, e per questo chiedono con forza che la sanità sia prioritaria nelle scelte del Governo. Aperti anche al digitale e a un uso consapevole dell'intelligenza artificiale, non sono però disposti a rinunciare al rapporto diretto con il medico, oltre che alla possibilità di scegliere personalmente il medico di famiglia".*

*"Oggi i cittadini chiedono allo Stato e alle Regioni di lavorare insieme - commenta il Presidente della **Fnomceo**, Filippo **Anelli** - per superare le diversità di trattamento Nord - Sud, ma anche centro e periferia, tra ricchi e poveri, tra chi ha un più alto livello di istruzione e uno più basso.*

La sanità del futuro dovrà essere: pubblica, partecipata, adeguatamente finanziata, con un numero adeguato di professionisti ed organizzata per rispondere efficacemente agli obiettivi di salute dei cittadini.

Una sanità che valorizzi le competenze dei professionisti anche nella governance e organizzazione dei servizi e consenta ai cittadini di poter **utilizzare le eccellenze sanitarie nel territorio in cui vivono. Una sanità diversa da quella aziendalistica, dove ogni individuo non si senta un numero, un estraneo, uno straniero ma una persona accolta che possa affidare la propria salute ai professionisti con fiducia nel pieno rispetto della dignità che si deve ad ogni persona umana".**

"Insomma - conclude - torniamo a sognare un sistema che affronti la malattia come un problema di tutti, che si prenda carico della persona che soffre e non la lasci mai sola, che infonda speranza e fiducia nella scienza per affrontare la sofferenza e aumentare il benessere".

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.

Salute digitale tra formazione e informazione, privacy e Cybersecurity

AL CONGRESSO FIMMG LE OPPORTUNITÀ E LE INSIDIE DELLE NUOVE TECNOLOGIE

La trasformazione digitale della sanità consente al medico di medicina generale di avere a disposizione nuovi strumenti che possono aiutarlo nella sua attività. Ma al tempo stesso pone alcune questioni come il rispetto dei dati personali dei pazienti e il rischio di attacchi informatici.

Gli argomenti sono stati al centro della tavola rotonda "Salute digitale tra formazione e informazione, tra privacy e Cybersecurity", in programma all'81esimo congresso della Fimmg in corso a Villasimius (Cagliari). A parlarne sono stati il vicesegretario della Fimmg, Fiorenzo Corti, il direttore del dipartimento Futuro e Innovazione dell'Enpam, Luca Cinquepalmi, il Security practice lead di Google, Davide Annovazzi, e i legali dello studio Stefanelli e Stefanelli.

Nel corso dell'evento i medici hanno potuto conoscere "Tech2Doc", la piattaforma formativa della Fondazione Enpam nata nel 2021 per offrire ai 500mila iscritti un punto di riferimento sulle tematiche della salute digitale e sulle terapie digitali, su cui ancora si sconta un gap conoscitivo, come ha sottolineato Cinquepalmi.

I legali dello studio Stefanelli e Stefanelli hanno realizzato un focus sull'attenzione che i medici devono porre al trattamento dei dati personali dei pazienti, illustrando le possibili sanzioni a cui si va incontro in caso di violazioni e indicando le responsabilità che si hanno quando si usano gli strumenti digitali nell'attività medica.

I medici, infatti, sono i primi a entrare in contatto con le informazioni sensibili del paziente e devono assicurarsi che queste non cadano nelle mani sbagliate.

L'adozione di tecnologie avanzate, come i sistemi di gestione elettronica delle cartelle cliniche, ha portato enormi benefici in termini di accessibilità e condivisione delle informazioni tra professionisti sanitari. Tuttavia, questo progresso impone una maggiore responsabilità nella protezione dei dati.

È fondamentale garantire che i protocolli di sicurezza siano rigorosamente seguiti e che i dati siano crittografati per prevenire accessi non autorizzati.

Per questo Annovazzi ha raccomandato alla platea dei camici bianchi di porre attenzione agli strumenti utilizzati: in particolare ha suggerito l'uso di strumenti digitali approvati per l'attività medica, che sono realizzati nel rispetto degli standard di sicurezza, e ha indicato alcune misure di igiene digitale come ad esempio evitare di cliccare sui link contenuti nelle mail e avere una gestione oculata delle password per difendersi al meglio dagli attacchi informatici.

"Quando ci affidiamo al sistema sanitario, condividiamo dettagli intimi e delicati sulla nostra salute.

Questi dati, essenziali per la diagnosi e il trattamento, devono essere gestiti con la massima riservatezza.

La collaborazione con Google Cloud, a cui abbiamo dato visibilità in questo congresso, è una testimonianza dell'impegno di DaVinci Salute nel garantire che le informazioni restino accessibili solo a coloro che ne hanno bisogno", ha detto Stefano Casagrande, CEO&Co-Founder di DaVinci Salute.

"Il tema della privacy negli ultimi anni ha avuto un approfondimento importante, come testimoniano i casi presentati dallo studio legale Stefanelli e Stefanelli che mostrano le sanzioni ricevute dai medici in seguito a episodi di violazione", ha detto Corti, secondo il quale "un aspetto su cui ancora non c'è un sufficiente dibattito è quello della sicurezza per il medico sia quando usa i dati dei pazienti attraverso piattaforme generaliste sia quando è vittima di attacchi informatici.

Un rischio diventato sempre più concreto con la diffusione dell'Intelligenza artificiale, utilizzata dai pirati informatici per mettere in atto le attività illecite".

Infine, ha concluso Corti, si è avuto un primo confronto sulla possibilità che offrono le piattaforme generaliste di lasciare recensioni sull'operato dei medici: "Un aspetto che va approfondito perché rischia di danneggiare l'immagine di un professionista, rovinando la reputazione con giudizi non basati su considerazioni scientifiche".



I 45 anni del Servizio Sanitario Nazionale, un'eccellenza Italiana

*RELAZIONE DI FILIPPO ANELLI ALLA PONTIFICIA UNIVERSITÀ
SAN TOMMASO D'AQUINO - 23 E 24 OTTOBRE 2023 - ROMA*

L'idea di un servizio sanitario nazionale nasce in Inghilterra all'indomani della Seconda guerra mondiale, nel **1948, grazie all'economista e sociologo William Beveridge**.

L'idea era quella di fondare un **servizio sanitario pubblico finanziato con le tasse dei cittadini** operato da medici e personale salariato, gratuito per tutti al momento dell'uso ed equo e solidale.

Diceva Beveridge **"la malattia non è un lusso da pagare o una maledizione da vivere da soli, ma un evento che deve essere affrontato grazie all'efficienza di una società solidale"**.

Nel 1978 viene nominata Ministro alla Salute **Tina Anselmi** – donna straordinaria e capace – mentre languiva in Parlamento da ben 14 anni **la riforma della Sanità**, quella che avrebbe dovuto superare il sistema mutualistico e adeguare il sistema sanitario alla Costituzione e dunque al principio della salute come bene universale e gratuito, **coinvolgendo le Regioni** e riducendo il ricorso al privato.

La legge che istituiva il SSN, il **Servizio Sanitario Nazionale**, arrivò in Parlamento il 23 dicembre 1978, con la previsione dell'entrata in vigore del nuovo sistema il 1° luglio 1980.

Nel suo discorso alla Camera, quel giorno, la Ministra Anselmi fu chiara nel rendere esplicito il fatto che la riforma era frutto del sentire ampio del paese: **"La riforma è frutto dell'iniziativa del movimento operaio..."** ossia della parte più discriminata del Paese in tema di salute e si

basa su quattro principi cardine: "Globalità delle prestazioni, Universalità dei destinatari, Eguaglianza del trattamento, Rispetto della dignità e della libertà della Persona".

Oggi, dopo 45 anni quei sogni e quella forte determinazione di rendere esigibile il diritto alla salute così come previsto dall'art. 32 della Costituzione **tornano a sollecitare le nostre coscienze**, il nostro essere cittadini di questa Repubblica.

Molte cose sono cambiate da quel lontano 1978.

Sono tornate ad **affacciarsi le mutue o, meglio, le assicurazioni**: il 17% della popolazione ne ha sottoscritta una. **Il 21% degli italiani risparmia** denaro per poter effettuare prestazioni sanitarie.

1 italiano su quattro (23%) invece – drammaticamente - **non riesce a risparmiare** denaro per far fronte alle spese sanitarie.

Oltre 3 milioni di cittadini (7%) rinunciano a curarsi. La spesa privata, messa di tasca propria da parte dei cittadini, oramai supera i 40 miliardi.

Le disuguaglianze in sanità tornano ad avere numeri importanti.

Il 79% dei cittadini che risiedono nel sud e nelle Isole del Paese sentono forte il problema della **migrazione sanitaria!** Mentre la gran parte dei cittadini, **il 61% equamente distribuiti nel Paese**, vorrebbe che le eccellenze fossero portate lì dove le persone vivono.

La sanità delle regioni in questi decenni non è riuscita a colmare le disuguaglianze.

Una larga fetta della popolazione italiana - **41%** - ritiene che in questi anni la qualità **dell'assistenza sanitaria** sia peggiorata.

Le cause per gran parte degli italiani sono da attribuire

- ad un numero **insufficiente di personale medico** e sanitario 55%,
- nell'**inadeguatezza delle strutture** e degli strumenti 42%,
- ad un **finanziamento non adeguato** alle necessità 42%
- alla **disorganizzazione** 38%.

Il giudizio sulla gestione della sanità è netto: gran parte degli italiani, **il 69%, ritengono che la sanità di oggi risponda più alle esigenze di bilancio che non a quelle di salute.**

Ciononostante, la quasi totalità degli italiani, **il 90%, vorrebbe che il Governo mettesse al primo posto o tra le principali priorità proprio la sanità.**

Una sanità che per il 76% dei nostri concittadini **dovrebbe essere pubblica o più pubblica che privata.** Quale futuro per il SSN?

I grandi cambiamenti avvengono quando i **cittadini prendono coscienza dei loro diritti** e questa consapevolezza diventa patrimonio culturale del Paese.

Che il Servizio Sanitario Nazionale **risponda più alle esigenze economiche che agli obiettivi di salute** oggi è un sentimento largamente

diffuso non solo tra i medici ma anche tra la popolazione che chiede ad esempio

- **un maggior numero di professionisti** per rispondere in maniera efficace al tema delle **liste d'attesa** (43 Miliardi di spesa out of pocket), ma anche
- misure per superare le disuguaglianze.

Proprio **le disuguaglianze nella classe operaia, nei contadini innes-carono** alla fine degli anni 60 il sogno di realizzare un servizio sanitario che offrisse a tutti gli individui senza distinzione alcuna le prestazioni, i trattamenti e le cure necessarie a garantire il diritto alla salute.

Oggi i cittadini chiedono allo Stato e alle Regioni di lavorare insieme per superare le diversità di trattamento Nord – Sud, ma anche centro e periferia, tra ricchi e poveri, tra chi ha un più alto livello di istruzione e uno più basso.

La sanità del futuro dovrà essere

- pubblica,
- partecipata,
- adeguatamente finanziata,
- con un numero adeguato di professionisti
- organizzata per rispondere efficacemente agli obiettivi di salute dei cittadini.

Una sanità che valorizzi le competenze dei professionisti anche nella **governance** e organizzazione dei servizi e consenta ai cittadini di poter utilizzare le **eccellenze sanitarie** nel territorio in cui vivono.

Una sanità diversa da quella **aziendale**, dove ogni individuo non si senta

- un numero
- un estraneo,
- uno straniero
- ma una persona accolta
- che possa affidare la propria salute ai professionisti con fiducia nel pieno rispetto della dignità che si deve ad ogni persona umana.

Insomma, torniamo a sognare un sistema che affronti la malattia come un problema di tutti, che si prenda

carico della persona che soffre e non lo lasci mai solo, che infonda speranza e fiducia nella scienza per affrontare la sofferenza.

Abbiamo a lungo discusso **sulle ragioni di un divario** così evidente tra **Germania, Francia e Italia** in tema di finanziamento del SSN.

Nonostante fosse appurato che i sistemi **bismarckiani** come Francia e Germania fossero strutturalmente un po' più **onerosi**, questo non spiegava il motivo per cui **la forbice** tra il finanziamento previsto nel nostro Paese e quello di Francia e Germania fosse **così ampia**. Doveva esserci **qualcosa di diverso che rendeva attrattivo** investire in sanità.

Così abbiamo iniziato a discutere sul **VALORE economico del nostro SSN**.

- Investire in salute era come investire in un'industria automobilistica?
- In termini di occupazione ad esempio giustificava l'investimento?
- E la ricerca era incentivata?
- Chi aveva un beneficio in termini economici del sistema sanitario, quali categorie?
- Lo Stato otteneva un ritorno da questo investimento? Anche in termini di tasse?
- E la stabilità sociale aveva un valore economico? Rendevo il nostro tessuto produttivo più efficiente?

È nata così l'idea insieme al dott. Valerii direttore del Censis di elaborare un rapporto che stamattina il prof. De Rita e il dott. Maietta presenteranno.

Per noi medici il servizio sanitario nazionale interpreta in maniera **ottimale** il nostro esser medici in quanto considera tutte **le persone uguali** davanti alla salute, consente di erogare le stesse prestazioni ad ogni individuo grazie alla **solidarietà** di tutti gli italiani.

Nonostante le difficoltà organizzative ed economiche del SSN, **la quasi totalità dei medici (83%)** ritengono immutate le motivazioni che li

hanno portato a scegliere questa professione.

Il **progresso** della nostra società è fortemente **influenzato** proprio dal **livello** di tutela della **salute** delle persone **garantito** in maniera decisiva dalle **competenze** possedute dai professionisti **medici**.

I medici contribuiscono in maniera determinante a questo progresso attraverso.

- la ricerca,
- l'adeguamento delle proprie **competenze sempre più al passo con la scienza**, ma anche per la maggioranza dei medici **(52%)**
- attraverso una **costante comunicazione con il paziente basata sulla fiducia e sulla libera scelta del professionista**.

Un rapporto solido, quello che lega il medico al cittadino, fondato sulla fiducia.

Il 75% degli italiani, infatti, ritiene irrinunciabile il diritto, ad esempio, a scegliersi il proprio medico di famiglia, né è disponibile - nel 92% dei casi - a delegare a freddi algoritmi quali quelli dell'intelligenza artificiale la tutela della propria salute, facendosi **curare da un computer**.

Una fiducia ricambiata dai medici che pensano ai **cittadini** come i **migliori sostenitori del Servizio Sanitario Nazionale (81%)**.

Mentre si **amplia il divario con le istituzioni che i medici considerano meno sensibili** sulla tenuta del SSN e nel ritenere prioritario il servizio offerto **dalla professione medica (65%)**.

Il 40% dei medici oggi sarebbe interessato a svolgere la **professione all'estero**, non solo per fare un'esperienza qualificata, ma anche per il miglior trattamento economico e la maggiore considerazione riconosciuta e riservata ai professionisti medici.

Serve un cambio di passo nella gestione della nostra sanità oggi affidata a burocrati e contabili.

L'Aziendalizzazione e la regionalizzazione sono percepite dai cittadini quali **responsabili**, della **scarsa** crescita negli ultimi anni della **qualità** dei servizi offerti dal servizio sanitario nazionale (solo il 14%).

I medici dal canto loro (90%) vorrebbero una sanità governata dalle **competenze professionali per il raggiungimento degli obiettivi di salute e non soltanto da esigenze economico-contabili**. Vorrebbero un ruolo strategico e importante

nelle decisioni riguardanti la sanità. Chiedono maggiori investimenti (il 78% ritengono inadeguati), **consapevoli che il SSN è un motore di sviluppo economico e sociale**.

Una professione oggi ancora **fortemente attrattiva per i giovani**. Il 57% dei giovani tra i 15 e i 24 anni ha preso in considerazione la **possibilità di potersi formare per essere un professionista sanitario**. Il nostro impegno come medici non è mai

venuto meno anche nei momenti più difficili come nella pandemia.

Oggi confermiamo quell'impegno, consapevoli che i **risultati straordinari in tema di performance** ottenuti dal nostro SSN, nonostante le difficoltà economiche e organizzative, **sono in larga parte il frutto dell'impegno generoso, della passione e della dedizione**.

FILIPPO ANELLI

ECM, Anelli (Fnomceo): Valorizzare formazione sul campo

Proseguire con il processo di riforma dell'Educazione continua in medicina e valorizzare la formazione sul campo. Ad auspiciarlo, il Presidente della **Fnomceo**, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo **Anelli**, in occasione della riunione di insediamento, oggi al Ministero della Salute, della **Commissione Nazionale Formazione Continua**, della quale è vicepresidente. A presiederla, il Ministro Orazio **Schillaci**.

"Si è insediata la commissione Nazionale ECM – commenta **Anelli** ai microfoni di **Fnomceo Tg Sanità** - per la formazione continua di tutto il personale sanitario. Il Ministro ha delineato quelli che sono gli scenari futuri e gli interventi che la Commissione deve mettere in atto. Pensiamo che, tra questi, ci sia sicuramente quella riforma della attività di formazione che è un processo iniziato già nella

precedente Commissione e che vorremmo continuare a portare avanti, soprattutto per valorizzare il lavoro sul campo".

"Le Federazioni – spiega - sono tutte impegnate a incentivare la formazione dei propri iscritti, contribuendo anche attraverso le piattaforme della formazione a distanza e favorendo in ogni maniera il raggiungimento degli obiettivi formativi da parte dei professionisti".

"Ringrazio il Ministro della Salute Orazio **Schillaci** – conclude - per questo forte impegno a sostenere i processi formativi e a far sì che tutti i professionisti adempiano agli obblighi di legge".

In sede di insediamento, Anelli ha anche ricordato le nuove frontiere della medicina, quali intelligenza artificiale, big data, robotica, che richiedono

nuove competenze da acquisirsi anche attraverso la formazione continua.

"Viviamo una fase di grande passaggio – ha detto – che è quella della rivoluzione digitale, e la formazione è un elemento strategico perché le professioni sanitarie possano essere ancora più efficaci nello svolgimento delle loro attività. E questo non può che essere il punto di partenza di questa commissione che deve rivedere i percorsi formativi alla luce di queste innovazioni".

"Da ora in poi – ha commentato il Segretario della Fnomceo Roberto **Monaco**, che è anche Presidente del Cogeaps, il consorzio che gestisce l'anagrafica delle professioni sanitarie - comincerà un periodo in cui dovremo prendere delle decisioni circa i crediti compensativi che dovranno fare i professionisti che non si sono accreditati nei trienni precedenti. Però possiamo registrare che i professionisti hanno fatto più crediti in questo triennio rispetto al precedente, quando già avevano fatto più crediti rispetto al passato. Quindi c'è una tendenza in crescita alla formazione. E i professionisti si sono formati anche durante la pandemia di covid. Ovviamente sono cambiate le modalità, con un maggior utilizzo della Formazione a distanza ma i professionisti hanno continuato a formarsi con serietà e responsabilità".

Covid, la Fnomceo in audizione alla Camera

“INVESTIRE SUL SSN ANCHE PAR FAR FRONTE A NUOVE EMERGENZE SENZA RESTRIZIONI”

Monitorare con attenzione l'andamento epidemiologico del Covid, per calibrare le eventuali misure di contrasto.

Chiarire alcuni aspetti non definiti dall'attuale normativa: quelli inerenti, ad esempio, alla certificazione medica per l'assenza dal lavoro o alle modalità di isolamento dei positivi in ospedale e nelle RSA. Attuare una campagna vaccinale mirata; facilitare l'adesione attiva e consapevole sia alla vaccinazione che alle regole igieniche utili per arginare la diffusione dei contagi, tramite una comunicazione che aumenti l'empowerment dei cittadini.

Soprattutto, investire nel Servizio sanitario nazionale: non solo come volano economico e occupazionale, ma perché avere un SSN in buona salute è condizione necessaria per allentare le restrizioni, anche in caso di recrudescenze, e per far fronte a eventuali nuove emergenze.

Sono questi i punti essenziali toccati dal Presidente della **Fnomceo**, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo **Anelli**, ascoltato oggi in audizione presso le **Commissioni riunite Affari Costituzionali e Giustizia della Camera dei Deputati**.

Sotto i riflettori, il DL 105/2023, che ha, tra le altre cose, abolito gli obblighi di isolamento dei positivi al Covid e di autosorveglianza dei contatti, e che deve ora essere convertito in legge.

*“L'attuale quadro epidemiologico – ha spiegato **Anelli** – unito alla disponibilità di vaccini e di farmaci,*

*non rende al momento necessario l'obbligo dell'isolamento. Concordiamo con il Ministro della Salute, Prof. Orazio **Schillaci**, sul fatto che questa sia nella sostanza una norma di buon senso che ha fatto venire meno le ultime restrizioni legate a un'emergenza sanitaria oramai superata. Ci ha permesso, in effetti, di vivere un'estate normale, come prima della pandemia e ha favorito la stagione turistica. Ciò non toglie che, come del resto previsto dal provvedimento, sia dovere del Ministero della Salute intervenire laddove i dati sulla morbilità e mortalità dovessero essere tali da prevedere il ripristino dell'obbligo dell'isolamento e rendessero necessario un tracciamento dei positivi e della malattia. A questo proposito, si potrebbe valutare di ripristinare la comunicazione quotidiana dei dati dalle Regioni al Ministero, in maniera da poter tempestivamente intervenire”.*

*“Appare quindi opportuno – ha proseguito – che il Ministero della Salute debba continuare a monitorare l'andamento della situazione epidemiologica per non sottovalutare i rischi derivanti da nuove varianti e, se fosse necessario, adottare tutte le misure di contenimento e contrasto alla diffusione del virus. In questo senso, il Ministro **Schillaci** ha già dato prova di responsabilità con la Circolare dell'8 settembre 2023 n. 27648, recante “Indicazioni per l'effettuazione dei test diagnostici per SARS-CoV-2 per l'accesso e il ricovero nelle strutture sanitarie, residenziali sanitarie e socio-sanitarie” che introduce forme di tutela per i pazienti più fragili ricoverati o seguiti nelle strutture sanitarie, colmando un vuoto del provvedimento in esame. Infatti, anche*

*se l'impatto del Covid sul Servizio Sanitario Nazionale si è notevolmente ridotto nel corso dell'ultimo anno i dati trasmessi sempre l'8 settembre mostrano una certa riattivazione dell'infezione che ha richiesto, come ben spiegato dal Direttore generale della prevenzione sanitaria, Prof. Francesco **Vaia**, attenzione e misure di prudenza nell'interesse primario della tutela dei cittadini più fragili”.*

Il Covid, infatti, ha rimarcato il Presidente **Fnomceo**, “non è un'influenza”, avendo letalità e variabilità superiore e potendo avere, in alcuni soggetti, esiti disabilitanti a lungo termine.

“Allo stesso modo – ha aggiunto – andrebbero chiariti alcuni aspetti non definiti dalla norma, sempre avendo come faro la tutela della salute collettiva in particolare dei più fragili. In particolare, la questione dei certificati di malattia per l'assenza dal lavoro per i pazienti asintomatici. Questione, questa, legata a come debba essere valutata ai fini dell'assenza sul lavoro la semplice positività. A tal proposito, sarebbe opportuno sentire le rappresentanze dei medici di medicina generale e dei medici competenti, anche per valutare la raccomandazione a pazienti con o senza sintomi di eseguire un test in strutture accreditate. In Ospedale e nelle Rsa sarebbe opportuno adottare delle procedure chiare sull'isolamento dei pazienti positivi e sulla opportunità di far lavorare gli operatori sanitari risultati positivi al Covid”.

Sempre la protezione dei cittadini, e soprattutto delle persone più fragili e degli anziani, deve essere l'obiettivo della campagna vaccinale.

*“Oggi possediamo una piattaforma tecnologica vaccinale estremamente valida – ha evidenziato **Anelli** – che ci permette di realizzare nuovi vaccini sempre aggiornati, efficaci e in tempi ridotti. Per i soggetti fragili servirebbero modelli ad hoc di offerta delle vaccinazioni, disegnati per ciascuna tipologia di paziente, in modo da promuovere un’adesione attiva e consapevole.*

Modalità di adesione che diventano importanti – in assenza di obbligo – anche per quanto riguarda le regole igieniche volte a limitare la diffusione del contagio. Sono infatti ora affidate alla responsabilità individuale decisioni come l’autoisolamento o l’uso della mascherina e altri comportamenti utili a proteggere i soggetti fragili. Per questo, sarebbe importante una campagna di comunicazione che aumenti l’empowerment dei cittadini”.

Ma, secondo il presidente **Fnomceo**, prima di ogni altra misura, dobbiamo rafforzare il nostro Servizio sanitario nazionale, per metterlo in grado di resistere a eventuali nuove emergenze.

“Il sistema Paese deve – ha avvertito – farsi trovare pronto a gestire eventuali criticità derivanti da nuove varianti. Dobbiamo, quindi, monitorarle e adottare accorgimenti per evitare che le componenti del Sistema Sanitario Nazionale vadano sotto pressione o siano travolte da nuove emergenze”.

“Soprattutto – ha precisato – dobbiamo farci trovare pronti, rafforzando il nostro Servizio Sanitario Nazionale. Pensiamo che investire in sanità oggi sia una grande opportunità per questo Paese. Un intervento sul Servizio Sanitario Nazionale determinerebbe sicuramente un aumento dell’occupazione e uno

sviluppo economico necessario in questo momento al Paese. Sostenendo la proposta del Ministro Schillaci, noi pensiamo che quattro miliardi per la sanità siano un obiettivo perseguibile. Quattro miliardi per adeguare e avviare il sostegno a quelle professioni sanitarie che rendono possibile l’esigibilità del diritto alla salute, per consentire ai medici di non fuggire dal Servizio Sanitario Nazionale, per rendere attrattiva la nostra professione all’interno di un grandissimo Servizio Sanitario che è nato per garantire risposte importanti a tutti, senza discriminazione alcuna. Non dimentichiamo che la sanità è un settore vitale sia per la salute che per l’economia. Avere un Servizio Sanitario Nazionale forte e robusto è condizione necessaria per allentare le restrizioni, anche in caso di recrudescenze, e per far fronte a eventuali nuove emergenze”.

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



freepik.com > Fonte dell'immagine: 1383317 - Freepik

*“Ribadiamo anche in questa sede – ha concluso **Anelli** - l'auspicio che il Governo e il Parlamento comprendano come il primo passo per la prevenzione e la gestione di una nuova emergenza, qualsiasi ne possa essere la causa, sia mettere in sicurezza il nostro Servizio Sanitario Nazionale.*

A tal fine auspichiamo che individuino le risorse che sono necessarie, anzi indispensabili e urgenti per sostenere il Servizio Sanitario Nazionale e il suo capitale umano che, nella crisi pandemica, ma anche nella quotidianità, si è rivelato esserne il vero tessuto con-

nettivo, l'elemento di coesione non solo sanitaria ma anche sociale. Crediamo che puntare sempre di più sulle professioni sia fondamentale e riteniamo che sia doveroso da parte di questa Federazione richiamare la politica a un senso di responsabilità verso il Servizio Sanitario Nazionale. Serve da parte dello Stato e delle Regioni un intervento straordinario che colmi le carenze e restituisca alla Professione medica quel ruolo che merita. Investire nel Servizio Sanitario Nazionale oggi ci sembra il richiamo più importante che vorremmo rivolgere alla politica. Ciò al fine di fronteggiare il problema sempre più dilagante della carenza di personale medico, al fine di garantire adeguata assistenza e cure ai pazienti che molto spesso si ritrovano senza medici di famiglia e di fronte al problema delle liste di attesa”.

Analogo appello era stato rivolto dal presidente Fnomceo in una **video-intervista** per Fnomceo **Tg** sanità, pubblicata oggi:

<https://youtu.be/Foie1MSz34M>

SERVIZI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI VERONA

OFFERTI AGLI ISCRITTI

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

CONSULENZA LEGALE (Avv. Donatella GOBBI)

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

CONSULENZA MEDICO LEGALE (Dott.ssa Federica BORTOLOTTI)

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

CONSULENTE FISCALE (Dott.ssa Graziella MANICARDI)

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

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

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

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

ENPAM: via libera al preconsuntivo 2023 e al preventivo 2024. Ok anche a modifiche statutarie

L'Assemblea nazionale dell'Enpam del 25 novembre 2023 si è tenuta nel segno del rosso, per dimostrare vicinanza alla lotta contro la violenza nei confronti delle donne.

L'Enpam prevede di chiudere il 2023 con un sostanziale pareggio del saldo previdenziale. Lo si evince dal bilancio preconsuntivo approvato il 25 novembre dall'Assemblea nazionale dell'ente pensionistico dei medici e degli odontoiatri. La differenza fra entrate contributive e uscite per prestazioni è infatti stimata in un disavanzo di appena 4,5 milioni di euro su un flusso di contributi di oltre 3,4 miliardi di euro.

Il quadro è invece ancora parziale per quanto riguarda la gestione patrimoniale: gli investimenti finanziari e immobiliari per il 2023 portano un risultato positivo per 469 milioni di euro al netto delle imposte, ma alla

fine dell'anno saranno da rilevare le effettive minusvalenze o plusvalenze da valutazione.

BILANCIO DI PREVISIONE 2024

L'anno prossimo la Fondazione vedrà ufficialmente gli effetti della prevista gobba pensionistica, che sarà affrontata con le risorse accantonate per questa ragione negli anni precedenti. Per il 2024, a fronte di un disavanzo del saldo previdenziale ipotizzato in circa 591 milioni, si prevede un risultato della gestione dell'Ente con negativo per soli 84 milioni di euro in totale. Un andamento frutto anche degli investimenti patrimoniali che dovrebbero far segnare un avanzo di circa 628 milioni di euro.

Il bilancio preconsuntivo 2023 e il bilancio di previsione 2024 sono stati approvati all'unanimità dei presenti, salvo un'astensione.

MODIFICA DELLO STATUTO

Nella stessa seduta l'Assemblea nazionale dell'Enpam, con il voto favorevole di oltre quattro quinti degli aventi diritto, ha anche approvato alcune modifiche statutarie. L'ente dei medici e degli odontoiatri ha aperto teoricamente all'ampliamento della base associativa agli esercenti di altre professioni sanitarie, qualora venisse previsto per legge. Verrebbe inoltre aumentato il numero dei rappresentanti eletti direttamente dai contribuenti Enpam. Modificata inoltre la durata dei mandati, che passerebbero da 5 a 4 anni, sincronizzati con le scadenze elettive degli Ordini professionali, con un limite di tre mandati consecutivi anziché due.

Approvate infine modifiche che puntano a garantire una migliore rappresentanza di genere e a facilitare il ricambio generazionale negli organi di amministrazione.

Quando l'Inps ti paga l'Enpam

I medici che si occupano delle commissioni di invalidità Inps e delle attività medico-legali in materia previdenziale e assistenziale passeranno sotto la tutela dell'Enpam.

Il passaggio alla Gestione degli specialisti esterni del Fondo della medicina convenzionata e accreditata è

stato definitivamente sancito dai Ministeri vigilanti, che a loro volta hanno dato via libera alla misura stabilita dal Cda della Fondazione con una delibera del settembre 2022.

I medici delle commissioni di invalidità e i medici legali avranno progressivamente tutte loro prestazioni

assicurate dalla gestione Enpam, secondo modalità che verranno via via rese note.

Non si tratta degli unici medici che lavorano per l'Inps e per i quali l'Istituto di previdenza pubblico versa loro parte dei contributi all'Enpam. In questa casistica, infatti, ricadono già i medici fiscali, che sono confluiti nella Gestione previdenziale dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e addetti ai servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale e dei transitati alla dipendenza, che fa a sua volta riferimento al Fondo della medicina convenzionata e accreditata.

Come si calcola la pensione dei medici ospedalieri

I medici ospedalieri appartengono al sistema pensionistico pubblico che un tempo faceva riferimento alla Cassa pensioni sanitari (Cps), dal 1996 confluita nell'Inpdap e successivamente, dal 2012, nell'Inps.

Il sistema di calcolo previdenziale applicato loro (retributivo o contributivo), dipende dall'anno di inizio dell'attività lavorativa.

Per coloro che hanno maturato entro il 31 dicembre 1995 almeno 18 anni di contributi, il sistema di calcolo retributivo si applica per gli anni maturati sino al 31 dicembre 2011.

Per coloro che non hanno maturato tale anzianità contributiva al 31 dicembre 1995, il calcolo con il sistema retributivo viene utilizzato per gli anni maturati fino 1995 e con il sistema contributivo per gli anni successivi.

Il governo propone ora una riforma che prevede che chi ha un'anzianità inferiore a 15 anni nel sistema

retributivo, si veda applicate (per la quota di contributi maturati prima del 31/12/1995) non più le aliquote di rendimento previste dalle attuali tabelle, ma quelle nuove allegate alla Legge di Bilancio 2024.

COME FUNZIONA

IL RETRIBUTIVO (QUOTA A INPS)

Il sistema di calcolo retributivo dei medici ospedalieri si basa riferendosi all'ultimo stipendio percepito per le anzianità di servizio maturate sino al 31 dicembre 1992 (Quota A della pensione Inps) e sulla media degli stipendi degli ultimi 10 anni, per le anzianità maturate dal 1° Gennaio 1993 (Quota B della pensione Inps).

Le aliquote di rendimento, cioè i coefficienti con cui si attiva il calcolo del trattamento per le anzianità maturate sino al 31 dicembre 1992 (Quota A Inps), sono quelle rappresentate nella tabella sottostante. Da ciò si evince che all'inizio della carriera si ha un coefficiente elevato del 24% dell'ultimo stipendio per il primo anno di servizio

con successiva riduzione nel tempo. Condizione che consentiva comunque di maturare il 100 per cento dell'importo dell'ultimo stipendio con il raggiungimento dei 40 anni di contribuzione.

Dall' 1/1/95 l'aliquota di rendimento è del 2 per cento costante per ogni anno di Servizio, come già era in precedenza per i dipendenti privati. Ciò consente, di conseguenza, di maturare – con 40 anni di contribuzione – il massimo dell'80 per cento dell'ultima retribuzione.

Queste aliquote di rendimento, sotto indicate, sia per la Quota A sia per la Quota B, si riducono in rapporto alle fasce di retribuzione.

COME FUNZIONA

IL CONTRIBUTIVO (QUOTA B INPS)

Il Calcolo della pensione con il sistema contributivo, si basa sulla contribuzione accreditata nel corso di tutta la carriera lavorativa, rivalutata annualmente sulla base dell'importo del Pil quinquennale e sull'età dell'interessato.

Si applicano infatti dei coefficienti di trasformazione del montante contributivo in assegno pensionistico, valori che, espressi in percentuale, aumentano con l'età del pensionamento.

Per calcolare quanto si prenderà di pensione lorda mensile, bisogna:

- calcolare il montante contributivo complessivo;
- moltiplicare il montante individuale per il coefficiente di trasformazione legato all'età anagrafica in cui si esce;

Ed ecco di seguito i nuovi coefficienti (2023) di trasformazione per il calcolo della pensione, così come stabiliti dall'ultimo decreto del Ministero del Lavoro.

ALIQUOTE DI RENDIMENTO

ANNI	ALIQUOTA
0	0,24
20	0,45
25	0,55
30	0,67
31	0,7
32	0,73
33	0,76
34	0,79
35	0,82
36	0,85
37	0,89
38	0,92
39	0,96
40	1

LIQUIDAZIONE DELLE QUOTE RETRIBUTIVE NEL 2022						
Fasce di retribuzione e di reddito			Aliquote percentuali di rendimento			
IMPORTO ANNUO	TETTO	IMPORTO SETTIMANALE	ABBATTIMENTO	UN ANNO	40 ANNI	SETTIMANALE*
Sino a 48.279,2 euro	1° tetto	sino a 928,45 euro	-	2%	80%	0,001538462
Sino a 64.211,34 euro	+33%	sino a 1234,83 euro	25%	1,50%	60%	0,001153846
Sino a 80.143,47 euro	+66%	sino a 1541,22 euro	37,5	1,25%	50%	0,000961538
Oltre 80.143,47 euro	>66%	oltre 1541,22 euro	50%	1%	40%	0,000769231
Quota B: periodi dal 1° gennaio 1993 e sino al 31 dicembre 1995 o dal 31 dicembre 2011						
Sino a 48.279,2 euro	1° tetto	sino a 928,45 euro	-	2%	80%	0,001538462
Sino a 64.211,34 euro	+33%	sino a 1234,83 euro	20%	1,60%	64%	0,001230769
Sino a 80.143,47 euro	+66%	sino a 1541,22 euro	32,5%	1,35%	54%	0,001038462
Sino a 91.730,48 euro	+90%	sino a 1764,05 euro	45%	1,10%	44%	0,000846154
Oltre 91.730,48 euro	>90%	oltre 1764,05 euro	55%	0,90%	36%	0,000692308

*Fasce di retribuzione e di redditi pensionabili per la liquidazione delle quote retributive delle pensioni con decorrenza nel 2022; * indica il valore di rendimento da attribuire a ogni settimana di anzianità contributiva.*

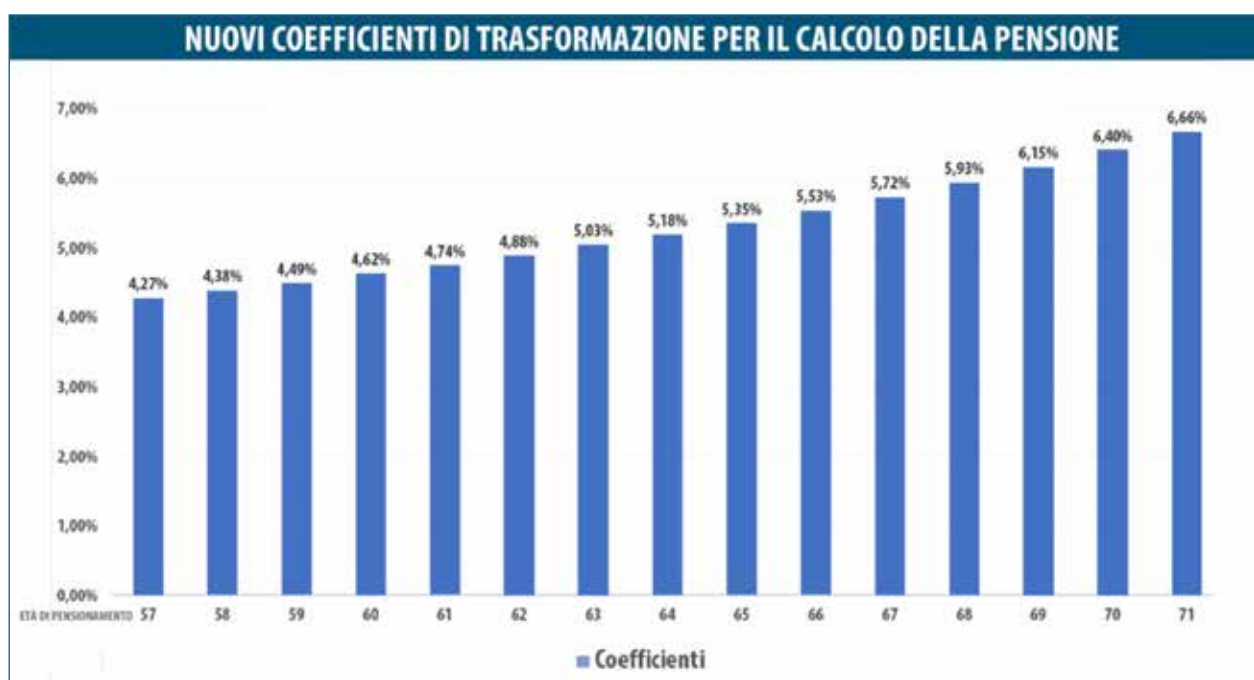
L'effetto dei coefficienti di trasformazione si riferisce esclusivamente sulle quote di pensione il cui calcolo è basato sul sistema contributivo.

NORMA PENALIZZANTE

Come detto, l'importo finale della pensione Inps spettante si ottiene dalla somma delle Quote A e B dell'Inps.

Proprio il ricalcolo della parte retributiva (Quota A Inps) così come indicato dalla riforma in discussione, comporterebbe una riduzione sulla quota retributiva dell'assegno pensionistico, con una penalizzazione che – secondo le stime dei sindacati – potrebbe arrivare in alcuni casi anche oltre il 20 per cento.

CLAUDIO TESTUZZA



Scopri quanto pagano gli altri

A seconda del tipo di attività professionale svolta si pagano contributi previdenziali diversi.

All'interno di Enpam c'è chi ha aliquote paragonabili a quelle dei dipendenti (come gli specialisti ambulatoriali, che accantonano per la pensione il 32,65 per cento) e chi versa una contribuzione minima (come chi fa intramoenia che può limitarsi a un 2 per cento). In mezzo ci sono i liberi professionisti, che si fermano al 19,5 per cento, con possibilità di scendere al 9,75 per cento se hanno altre forme di previdenza obbligatoria o se sono pensionati (che, per inciso, se non fossero iscritti all'Enpam dovrebbero pagare il 24 per cento all'Inps). In alcuni casi però, **è possibile decidere di versare un contributo aggiuntivo per aumentare la pensione futura.**

CHI INVESTE SULLA PENSIONE

Ad avere questa possibilità sono gli iscritti alla gestione della medicina

generale (medici di famiglia, di continuità assistenziale e pediatri di libera scelta), che attualmente sono tenuti a pagare un minimo del 25 per cento (24 per cento per i pediatri) ma che, in aggiunta, possono anche attivare la cosiddetta Aliquota modulare.

Con **Aliquota modulare** ci si riferisce ad un contributo addizionale, da scegliersi in una percentuale compresa tra l'1 e il 5 per cento.

Interessante notare che chi ha scelto l'Aliquota modulare, quasi sempre si è orientato sulla parte alta della forchetta, tanto che il contributo medio aggiuntivo nel 2022 si è attestato sul 4,11 per cento.

In totale sono quasi 6mila gli iscritti alla gestione della medicina generale che hanno aderito a questa forma d'incremento pensionistico. Per la maggioranza si tratta di medici di famiglia (4.520), mentre sono sostan-

zialmente pari gli addetti alla continuità assistenziale e i pediatri di libera scelta (738 e 718).

DIMINUZIONE DELLE TASSE

Per attivare l'aliquota modulare è necessario fare richiesta alla propria Asl entro il 31 gennaio. I moduli per la richiesta sono disponibili nella sezione "Come fare per" del sito Enpam.it (<https://www.enpam.it/comefareper/aumentare-la-pensione/versamenti-aggiuntivi/#modulo>).

Al pari degli altri contributi previdenziali Enpam, anche quelli aggiuntivi da aliquota modulare sono interamente deducibili e riducono, quindi, l'ammontare delle tasse da pagare al fisco.

Infine, la possibilità di richiedere un'aliquota modulare, oltre che per i medici di medicina generale, è consentita anche agli specialisti esterni accreditati ad personam.

Quota A, via libera alla riforma dai ministeri vigilanti

Via libera dei ministeri vigilanti al ricalcolo e all'adeguamento della Quota. Il nuovo regime prevede, per quanto concerne il contributo da versare, una rivalutazione annua che passa dall'1,5 al 3 per cento e che si andrà a sommare al 100 per cento del tasso d'inflazione (invece che il 75 per cento).

La riforma votata dall'assemblea nazionale lo scorso 29 aprile, si è resa necessaria a seguito del manifestarsi

degli effetti del progressivo pensionamento di un'intera coorte di medici. Basti pensare che nell'ultimo anno i nuovi pensionati di Quota A sono stati più di 10mila (10.618) mentre il numero totale dei contribuenti attivi è diminuito di oltre 3mila (-3.148 medici e dentisti).

Un altro dato che incide è la distribuzione delle età dei contribuenti. Rispetto a 10 anni, ad esempio, il nu-

mero di coloro che versano la Quota A è aumentato del 3 per cento, ma sono calati del 6 per cento i professionisti con più di 40 anni, quelli che – per intenderci – versano il contributo di importo maggiore. Ovviamente, poiché la Quota A funziona con i metodo contributivo, all'aumento del versamento corrisponderà un aumento del risparmio accantonato nel proprio salvadanaio previdenziale. Il pagamento del contributo minimo dà inoltre diritto a una serie di prestazioni di welfare garantite a tutti gli iscritti senza costi aggiuntivi.

Ma quali sono i vantaggi del pagamento della Quota A

Dall'assegno di maternità al vitalizio di 1.200 euro in caso di non autosufficienza, dai sussidi per medici e dentisti che si trovano in difficoltà economica alla possibilità di un mutuo ad accesso agevolato per comprare la

prima casa o lo studio professionale. Pagare la Quota A, che quest'anno va versata entro il 2 maggio, significa stare sotto l'ombrello dell'Enpam. Ampio il ventaglio di tutele: versare i contributi di Quota A, ad esempio, dà accesso all'assegno di maternità, a un vitalizio di 1.200 euro in caso di non autosufficienza, ai sussidi per medici e dentisti che si trovano in difficoltà economica, alla possibilità di un mutuo ad accesso agevolato per comprare la prima casa o lo studio professionale.

Ecco, di seguito, quali sono i vantaggi che la Quota A dà a medici e dentisti.

NON SOLO ASSISTENZA

Sono molte le prestazioni garantite a medici e dentisti grazie alla Quota A. A partire dalla pensione, perché tutti i contributi di Quota A tornano indietro sotto forma di pensione. Inoltre, gli anni versati permettono di costruire la propria pensione e pensionarsi prima, perché sono validi per usufruire del sistema del cumulo gratuito.

Inoltre, gli studenti che si iscrivono all'Enpam al 5° e 6° anno di università hanno di fatto due anni di riscatto di laurea pagati, al costo di circa

dieci euro al mese. Come accennato, l'Enpam mette a disposizione mutui a tasso fisso, il cui nuovo bando sarà pubblicato a breve. Versare la Quota A significa il diritto a un assegno di maternità di almeno 6.688 euro per le dottoresse che non hanno altre tutele, oltre a un bonus di 2mila euro per le spese del primo anno di vita del bambino. L'Enpam prevede tutele anche per le studentesse che si sono iscritte alla Fondazione, con un sussidio di maternità di quasi 5.600 euro.

Il pagamento della Quota A mette al riparo dalle conseguenze delle calamità naturali, con aiuti economici fino a 19.500 euro per danni alla prima casa, allo studio professionale o ai beni mobili, come automezzi, computer e attrezzature. In caso di inabilità alla professione tutti gli iscritti Enpam possono contare su un reddito annuo minimo di 17mila euro, mentre per i colleghi in condizioni economiche difficili è previsto un sussidio fino a circa 9.119 euro l'anno.

L'iscrizione automatica e gratuita all'assicurazione per il rischio di non autosufficienza **Long term care** garantisce inoltre un assegno di 1.200

euro al mese, che si somma alla pensione e alle altre tutele Enpam.

La Quota A costituisce anche una garanzia per i propri cari, dal momento che **la pensione Enpam è reversibile ai familiari che ne hanno diritto, con percentuali maggiori rispetto al sistema Inps.**

SCADE IL 2 MAGGIO

Per chi non ha ancora fatto il pagamento della Quota A è ora di affrettarsi, dal momento che il termine per il versamento è il 2 maggio (considerando che il 30 aprile cade di domenica e il 1° maggio è un giorno festivo).

Chi invece ha attivato la domiciliazione bancaria non deve preoccuparsi, perché pagherà in base al piano di rateizzazione scelto (una, quattro oppure otto rate).

Chi non avesse attivato la domiciliazione bancaria ha ancora la possibilità di scegliere il pagamento rateale fino a 30 mesi, attraverso la carta di credito Enpam, gratuita per medici e dentisti grazie ad una convenzione stipulata tra la Fondazione e la Banca popolare di Sondrio.

Cosa ti dà la Quota A

MUTUI AGEVOLATI Fino a 300mila euro a tasso fisso per acquistare la prima casa o lo studio professionale. I mutui sono studiati per i medici e gli odontoiatri fino a 40 anni di età. Condizioni di accesso agevolate che permettono la concessione anche a chi ha un reddito modesto.	GENITORIALITÀ Assegno di maternità di almeno 6.688 euro alle dottoresse che non hanno altre tutele. Bonus di 2.000 euro per le spese del primo anno di vita del bambino. Sussidio di maternità anche alle studentesse iscritte all'Enpam: 5.569 euro.	CALAMITÀ NATURALI Fino a 19.500 euro di aiuti a fondo perduto in caso di danni alla prima abitazione o allo studio professionale, ma anche a beni mobili come ad esempio automezzi, computer e attrezzature.	INABILITÀ ALLA PROFESSIONE Garanzia di poter contare su un reddito di 17mila euro all'anno minimo in caso di inabilità assoluta e permanente alla professione. Questa tutela riguarda tutti, senza requisiti minimi di anzianità contributiva.	SUSSIDI Aiuti a colleghi in situazioni economiche difficili (sussidio fino a circa 9.119 euro l'anno): il sussidio può scattare per interventi chirurgici, cure non a carico del Ssn, assistenza ad anziani, non autosufficienti, portatori di handicap, spese sostenute dal nucleo familiare per la malattia o il decesso dell'iscritto, spese funerarie, eventi imprevisti.
LTC (Long term care) Assicurazione per il rischio di non autosufficienza che, in aggiunta alla pensione, ti darà un assegno di 1.200 euro al mese esentasse vita natural durante (se acquistata individualmente questa polizza da sola costerebbe circa 400 euro annui).	REVERSIBILITÀ La pensione Enpam è reversibile ai familiari che ne hanno diritto, con percentuali maggiori rispetto al sistema Inps. Es: coniuge 70% della pensione invece del 60%. La pensione è cumulabile con altri redditi. Per gli orfani sono anche previste bonifiche di studio.	PENSIONE Non solo assistenza: tutti i contributi di Quota A tornano indietro sotto forma di pensione (calcolo contributivo o misto). Se quanto rievoca? Entra nell'area riservata di www.enpam.it e controlla la tua ipotesi di pensione di Quota A. Sai quanto hai versato nel corso della tua vita professionale? Controlla il tuo estratto conto contributivo, sempre nell'area riservata.	PENSIONARSI PRIMA Gli anni di Quota A valgono per andare in pensione con il sistema del cumulo gratuito (es: un dipendente che ha 3 anni di Quota A prima dell'assunzione e 35 anni di carriera in ospedale ha 3+35=38 anni di anzianità contributiva). Gli studenti che si iscrivono facoltativamente all'Enpam al 5° e 6° anno di università, hanno di fatto due anni di riscatto di laurea già pagato.	COSTO REALE La Quota A costa meno di quanto sembra. Esempio: medico che ha superato i 40 anni, residente a Roma, con oltre 50mila euro di reddito lordo; in apparenza versa 1.803,42 euro di Quota A ma nella dichiarazione dei redditi recupera poi quasi 851,75 euro (restituzione o abbattonimento del 43% di Irpef, 3,33% di addizionale regionale e 0,9% di addizionale comunale). Costo reale: 951,67 euro.

21/04/2023

Contributo società odontoiatriche: perché conviene pagare e come fare per mettersi in regola

Per le società odontoiatriche che hanno dimenticato di mettersi in regola con il contributo Enpam è tempo di correre ai ripari.

Il 30 settembre scorso è scaduto il termine entro il quale devono effettuare il versamento dello 0,5 per cento del proprio fatturato alla Quota B del Fondo di previdenza generale.

TEMPO SCADUTO PER CHI NON HA PAGATO

Chi non ha dichiarato e pagato negli anni precedenti ha ancora più interesse a mettersi in regola perché nel frattempo le sanzioni sono già arrivate al massimo (60 per cento).

Inoltre, dal momento in cui saranno contestate, scatteranno anche gli interessi legali che in questo momento sono particolarmente salati, visto che il saggio d'interesse applicabile,

calcolato in base a norme di legge, attualmente è al 12 per cento.

L'Enpam, che ogni anno già invia alle società una pec per informarle della necessità di adempiere, prima dello scattare della prescrizione di certo procederà con contestazioni formali.

A QUANTO AMMONTANO LE SANZIONI

Ma proviamo a fare un esempio pratico, prendendo in esame una società odontoiatrica che dichiara un fatturato di 300mila euro, per capire i rischi a cui può andare incontro.

Se a partire dal 2018 - quando è stato introdotto l'obbligo del versamento della quota dello 0,5 per cento - non avesse mai effettuato versamenti, la società avrebbe accumulato un debito con l'Enpam di 1.500 euro per ogni anno.

In questo caso, solo per l'anno 2018, la sanzione raggiungerebbe il tetto massimo del 60 per cento, cioè 900 euro.

Se poi, la società in questione, ricevuta la diffida al pagamento non lo esegue, vedrebbe scattare gli interessi di mora, con un tasso che attualmente è al 12 per cento (cioè 180 euro all'anno), che si andrebbe ad aggiungere alle sanzioni.

COME METTERSI IN REGOLA

C'è però un modo per limitare le conseguenze negative, e consiste nel mettersi tempestivamente in regola. Per farlo ci sono due strade molto semplici da seguire.

- Le **società che non hanno ancora un codice Enpam** e non hanno area riservata attivata, devono autodenunciarsi con l'invio di una Pec al Nucleo ispettivo, scrivendo all'indirizzo: nucleoispettivo@pec.enpam.it. Il Servizio fornirà istruzioni sulla contribuzione e sulle modalità per regolarizzare la propria posizione.
- Le **società invece già munite di codice Enpam** che hanno area riservata, devono accedervi, compilare il modello dichiarativo dell'anno corrente (fatturato 2022) e presentare le dichiarazioni di fatturato per le annualità 2018, 2019, 2020 e 2021 (che si trovano nella sezione "Regolarizzazione annualità precedenti"). Dopo aver presentato le dichiarazioni, possono versare l'intera somma dovuta a titolo di contributi utilizzando le coordinate bancarie segnalate, inserendo in causale il codice Enpam e le annualità sanate. Una copia del bonifico va poi trasmessa a: nucleoispettivo@pec.enpam.it. Una volta ricevuta la pec, il Servizio calcolerà e comunicherà l'importo da pagare a titolo di sanzione.



Malattia e infortuni, tutele per chi fa libera professione

Pubblichiamo in anteprima i contenuti della Guida per i liberi professionisti che sarà all'interno del prossimo numero del Giornale della Previdenza. Nei prossimi giorni, gli abbonati al giornale cartaceo riceveranno la loro copia a casa, mentre gli abbonati alla versione online la riceveranno sulla casella di posta elettronica.

I liberi professionisti hanno diritto all'indennità di malattia e infortunio dall'Enpam. La tutela copre anche i professionisti che lavorano in convenzione con il Ssn o sono dipendenti da un ospedale o da una clinica ma svolgono parallelamente la libera professione versando i contributi alla Quota B dell'Enpam. L'indennità è agganciata al reddito libero professionale, è calcolato su base giornaliera e copre dal 31° giorno dalla data dell'infortunio e della malattia. Questa tutela spetta per un periodo massimo di 24 mesi (anche non continuativi nell'arco degli ultimi 48 mesi).

Possono chiedere l'assegno di malattia o infortunio gli iscritti che hanno tre anni solari (1° gennaio – 31 dicembre) di iscrizione e contribuzione alla Quota B, di cui uno nell'anno che precede la malattia o l'infortunio. Per i professionisti che versano la Quota B con l'aliquota intera del 19,5 per cento il sussidio è pari all'80 per cento del reddito dichiarato con il Modello D (al netto quindi dell'importo già assoggettato alla Quota A). Per chi versa ridotto il sussidio viene rideterminato tenendo conto della percentuale versata, per esempio se si versa il 2 per cento l'indennità equivale a circa un decimo di quella prevista per i professionisti che versano l'aliquota piena. La base di calcolo tiene conto della media dei redditi dichiarati con il Modello D negli ultimi tre anni precedenti alla malattia o all'infortunio. Per esempio per la malattia del 2023 si considera la media dei redditi prodotti nel 2021, 2020, 2019, con un importo

giornaliero massimo indennizzabile di 185 euro (la cifra viene aggiornata ogni anno). Se versi alla Quota B dell'Enpam da **meno di tre anni** e sei costretto a sospendere l'attività professionale per una malattia o un infortunio hai diritto a ricevere un sussidio. Il sussidio spetta dal 61° giorno dalla data dell'infortunio o della malattia e viene pagato fino a un massimo continuativo di 365 giorni.

Possono chiedere il sussidio i liberi professionisti che:

- sono iscritti all'Enpam da meno di 5 anni solari;
- hanno un'anzianità contributiva alla Quota B di almeno un anno e inferiore a tre;
- hanno un reddito complessivo del nucleo familiare, di qualsiasi natura, riferito all'anno precedente, non superiore a 6 volte l'importo del **trattamento minimo Inps** (previsto nell'anno precedente alla malattia/infortunio). Il limite è aumentato di un sesto per ogni componente del nucleo familiare, escluso chi fa la domanda. **L'incremento raddoppia** per ogni componente riconosciuto **invalido** all'80% (o con una percentuale più alta);

pia per ogni componente riconosciuto **invalido** all'80% (o con una percentuale più alta);

- non hanno diritto per lo stesso periodo alla **pensione di inabilità assoluta e permanente**;
- non hanno diritto per lo stesso periodo all'**indennità di maternità**;
- non hanno diritto per lo stesso periodo all'**indennità di gravidanza a rischio**.

L'importo è di **33,50 euro** al giorno.

La domanda va presentata **60 giorni dopo** la data della malattia o dell'infortunio (**ma non oltre 90 giorni**).

Attenzione: se la domanda viene presentata dopo il 90°, il sussidio è riconosciuto dal giorno successivo a quello di presentazione della domanda.

Se la malattia non è continuativa ho diritto al sussidio?

Sì, dal 61° giorno dalla data della successiva interruzione dell'attività. Il sussidio viene pagato per un periodo di massimo 365 giorni.

REQUISITI PER L'INDENNITÀ DI MALATTIA ENPAM

Possono chiedere l'indennità gli iscritti che:

hanno tre anni solari (1° gennaio-31 dicembre) di iscrizione e contribuzione alla Quota B del Fondo di previdenza generale, di cui uno nell'anno che precede la malattia o l'infortunio. I professionisti iscritti alla Quota B da meno di tre anni possono chiedere un sussidio (soggetto però a limiti di reddito);

sono in regola con gli adempimenti dichiarativi e contributivi al Fondo di previdenza generale

sono diventati inabili in modo temporaneo e assoluto a causa di una malattia o di un infortunio per un periodo superiore a 30 giorni continuativi

hanno sospeso tutte le attività professionali (come liberi professionisti e dipendenti)

non hanno compiuto 68 anni di età

non sono pensionati della gestione Quota B

non hanno presentato domanda di pensione per inabilità assoluta e permanente

non hanno diritto per lo stesso periodo all'indennità di maternità

non hanno diritto per lo stesso periodo all'indennità di gravidanza a rischio

MASSIMO GEROSA

1 Dicembre 1947 - 27 Novembre 2023

Parlare di Massimo,
"L'AMICO MIO E NON DE
LA VENTURA" (Inf II v.61).

Perché Massimo Gerosa è stato e sarà sempre per me un carissimo Amico. Ma non vi parlerò del Prof. Gerosa che ha percorso con onore tutta la carriera Accademica fino a divenire, come Ordinario, titolare della Cattedra di Neurochirurgia della nostra Università che già era stata del Prof. Dalle ore e poi del Prof. Bricolo e direttore della scuola di specialità che ha diplomato tanti neurochirurghi che in varie sedi sono vanto ed onore della scuola veronese. Il visionario Prof. Gerosa che ha portato a Verona, prima in Italia ed una delle prime in Europa, la radiocirurgia stereotassica, condotta con passione portandola ad altissimi livelli e creando una scuola che continua

brillantemente con i suoi allievi. Infine il Prof. Gerosa creatore, con il compianto Giuseppe Manni, della fondazione veronese per la ricerca sulle malattie neurologiche (VBRF), della quale è stato il primo presidente.

NO, io vi voglio parlare dell'uomo Massimo Gerosa, cortese, gentile, rispettoso, il rispetto che sembra attualmente sparito dai nostri comportamenti e che lui ha sempre praticato verso tutti, non sempre però ricevendolo dagli altri, disponibile con tutti, i suoi pazienti, i colleghi, i collaboratori di ogni livello, gli studenti che trovavano sempre aperta la sua porta. Massimo ospite gradevolissimo nella sua casa di Cerro, ove riceveva gli amici nel "certame". Massimo conviviale, piacevole compagnia a tavola, sebbene parco nel bere, sempre pronto con

la sua ironia a ravvivare la serata. Mi viene di citare Terenzio (Publio Afro Terenzio 190 a.C. 159 a.C.) che fa dire al protagonista della sua commedia l'eauton timorumenos: HOMO SUM NIHIL A ME ALIENUM PUTO", cioè SONO UN UOMO E COME TALE TUTTO CIO'CHE È UMANO NON MI È ESTRANEO.

Questa è secondo me la chiave di lettura della personalità di quest'uomo. Oggi siamo qui ricordarlo, ed oggi, ironia della sorte, è anche il suo compleanno; ebbene oggi voglio credere che sia anche il giorno della sua nascita ad una nuova vita, certo più serena di quella che la sorte gli ha riservato negli ultimi anni che ha passato con noi.

CARLO MAZZA
Verona il 1 Dicembre 2023

Per la scomparsa del professor GIUSEPPE MASCHIO

È scomparso il professor Giuseppe Maschio, luminare e fondatore, cinquant'anni fa, della sezione di Nefrologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.

Tra gli anni Ottanta e Novanta del secolo scorso è stato uno dei maggiori nefrologi italiani e internazionali, distintosi per gli studi sulla scelta dei farmaci anti-ipertensivi e sulla prevenzione della progressione dell'insufficienza renale cronica in diverse forme cliniche di nefropatie. La notorietà delle sue ricerche, pubblicate sulle più importanti riviste specialistiche, e dei celebri congressi internazionali biennali «Verona Seminars on Nephrology», che Maschio ha organizzato dal 1984 e fino al suo pensionamento alla fine del 2003, hanno fatto di Verona una delle «capitali» della nefrologia mondiale. Specializzato in Cardiologia, Patologia medica e Nefrologia,

Maschio era arrivato a Verona da Padova nel 1971 come professore incaricato di Nefrologia nei corsi paralleli della neonata università di Verona. Nel 1974 venne incaricato di dirigere una nuova divisione ospedaliera di Nefrologia mantenendo il suo ruolo universitario, primo esempio in Italia di affidamento a un docente universitario di un reparto ospedaliero. Nel 1980 vinse il concorso a professore ordinario, stabilendo a Verona la prima cattedra di Nefrologia del Veneto e attivando, poi, una delle prime scuole di specializzazione al di fuori dei policlinici universitari. Questo diede un grande impulso alla specialità, consentendo un'adeguata formazione e preparazione clinica ad un numero sempre più elevato di giovani medici. Tra loro, anche il presidente dell'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Verona, Carlo Ruggiu, già direttore della Nefrologia

degli ospedali di Legnago e San Bonifacio, che oggi ricorda Maschio come un maestro.

«La scomparsa del professor Maschio è per un me un motivo di grande dolore», dichiara. «Lo conoscevo dal 1978, da quando, da studente, iniziai a frequentare la divisione clinicizzata di Nefrologia che era nata da pochi anni, per poi laurearmi avendo lui come relatore. Passavamo moltissimo tempo in ospedale, trascinati dal carisma del professor Maschio, che era un vero leader, come non ne ho mai conosciuti. Pretendeva molto da noi, ma in cambio ci ha dato molto: dal punto di vista professionale sono stati anni impegnativi, ma anche ricchi di grandi soddisfazioni. E infatti molti dei suoi allievi sono apprezzati negli ospedali di tutta Italia. È stato un vero maestro che oggi ricordo con nostalgia e affetto, insieme alla mia famiglia che lui conosceva molto bene».

