



## MEDICO TRENTINO

ottobre 2013

nuova serie - numero 3

ORGANO UFFICIALE  
DELL'ORDINE  
DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA  
DI TRENTO

DIRETTORE responsabile  
Alberto Folgheraiter

DIRETTORE editoriale  
dott. Giuseppe Zumiani

COORDINATORE dell'edizione  
dott. Fabrizio Zappaterra

CONSIGLIO DIRETTIVO  
dott. Giuliano Brunori, dott.ssa Monica  
Costantini, dott. Giulio Del Dot, dott. Mario  
Virginio Di Risio, dott. Germano Fachinat,  
dott. Fausto Fiorile, dott. Marco Ioppi,  
dott.ssa Imelda Menghini, dott. Michele Motter,  
dott. Carlo Pedrolli, dott. Silvano Piffer,  
dott. Domenico Sicheri, dott. Fulvio Spagnoli,  
dott. Maurizio Virdia, dott. Fabrizio Zappaterra,  
dott. Mario Zuanni, dott. Giuseppe Zumiani

Editore: Ordine Medici Chirurghi  
e Odontoiatri della provincia di Trento  
Via V. Zambra, 16 - 38121 Trento

I Colleghi sono invitati a collaborare  
alla realizzazione del Bollettino

CONTATTI:  
Ordine: Tel. 0461 825094  
Fax 0461 829360  
e-mail: info@ordinemedicitn.org  
Posta certificata:  
segreteria.tn@pec.omceo.it  
Odontoiatri:  
presidenzacao.tn@pec.omceo.it

### Medico Trentino

Bollettino d'informazione dell'Ordine dei Medici  
Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Trento  
Reg. Trib di Trento n. 28 del 16/05/51  
Stampa: Nuove Arti Grafiche s.c. - Trento  
Poste Italiane SpA  
Spedizione in Abbonamento Postale  
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46)  
art. 1 comma 2, DBC Trento  
Anno LX - N. 4 / 2012  
Tassa pagata - Taxe parçue • Propr.:  
Ordine dei Medici e Odontoiatri  
della provincia di Trento

# Medico Trentino

## Bollettino d'informazione

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Trento

### In questo numero

- 2 Ha varcato il secolo il dott. Mario Rizzonelli
- 3 Verrà dall'ospedale del topo la terapia mirata del cancro
- 6 Colleghi per sempre: Ricordo di Giuseppe Barbareschi
- 10 Ricordo di Franco Marafioti e Daniela Cattoi
- 11 Fabio Pederzini neonatologo del S. Chiara

### LOCANDINA

- 12 Uno spettacolo rock per ricordare il dott. Frate
- Chiesta una medaglia al valore per due colleghe assassinate

### ODONTOIATRIA

- 13 Il "costo" del Low Cost
- 14 FiDente: una cooperativa di dentisti sociali
- 15 Pediatri e odontoiatri insieme

### ATTUALITÀ

- 17 I nuovi anticoagulanti: brevi note per un corretto utilizzo nella pratica clinica
- 20 Ipertensione e diabete: un matrimonio che non s'ha da fare

- 21 Interruzioni volontarie di gravidanza in Trentino tra il 1981 e il 2011

### RECENSIONE

- 22 "Io... Dopo": storie di adolescenti con patologie oncologiche

### SALUTE

- 25 Trentini: i meno sedentari d'Italia ma con maggiore spesa sanitaria

### MEDICINA DEL TERRITORIO

- 29 25 aggregazioni per un servizio H24
- 31 Ipotesi di modello sperimentale di assistenza primaria e di relazione tra medicina generale e medicina ospedaliera

### ENPAM

- 32 Perché i pensionati dovranno pagare il 6,25 per cento
- 33 Consulta fondo della libera professione
- Convegno sulla dermatologia in Trentino

### SANITÀ

- 34 Serve un nuovo patto per la salute

### PROFESSIONE

- 36 Uso dei farmaci: equivalenti o originatori?
- 41 Attività chirurgica: il problema delle sale operatorie

**43** Contributo per il nuovo regolamento dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari

**49** Il Dipartimento ospedaliero e la rete clinica

**50** Convegno internazionale: le nuove frontiere del sistema sanitario europeo

#### COMUNICAZIONI FNOMCeO

**51** Prestazioni fisioterapiche

Accesso alle cure palliative

Assistenza a familiare disabile residente in altra località

**52** Antipsicotici di seconda generazione

Medici fiscali dell'Inps

**55** Assicurazione obbligatoria per i medici

Trasmissione dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori

**56** Sentenza della Cassazione: nell'attività medica indispensabili strumenti idonei

#### LA NOSTRA STORIA

**57** La TBC "curata" con l'uso dell'itolo

**58** 1896: Epidemia di tifo a Caldonazzo

**59** Le dimissioni del dott. Gerloni

La conduzione delle condotte

**60** Il colera spiegato al popolo

Un secolo di vita per il dott. Mario Rizzonelli

## Il medico che scriveva le ricette su tavole di legno

di Giuliano Beltrami

**H**a compiuto cento anni il dott. Mario Rizzonelli, singolare figura di medico di famiglia che ha fatto parlare molto di sé per alcune stravaganze che prendevano il via dalla sua insaziabile vena ironica. Domenica 20 settembre 2013, il giornale "L'Adige" ha pubblicato un articolo a firma di Giuliano Beltrami.

*Oggi sarà festa grande a Dro, ma l'eco arriverà senz'altro fino a Roncone e a Tiarno. Varca la soglia del secolo di vita Mario Rizzonelli, il dottor Mario Rizzonelli, nato a Roncone e curatore di corpi per una vita a Dro, dopo essere passato da Tiarno e Isera. C'è chi passa la vita nell'anonimato; Mario no. Se la memoria lo reggesse ne avrebbe da raccontare ... Però, come tutti quelli che lasciano un segno del loro passaggio, c'è chi ricorda e racconta. I suoi cinque figli, per esempio.*

*Nato a Roncone il 18 settembre del 1913, le sue peregrinazioni cominciano subito. Roncone è dietro alla prima linea del Chiese*

*nella Grande Guerra e la famiglia Rizzonelli viene sfollata nelle retrovie: all'inizio della Val Rendena.*

*Finito il conflitto si rientra a casa, ma sarebbe bello che quel bambino vivace potesse studiare, pensa papà Romano, mastro muratore e scalpellino. Dove studiare? In seminario. Poi, hai visto mai? Magari imbecca la via religiosa.*

*No, questo no. Mario, finito il liceo, vuole fare medicina e andrà a Pa-*

*via. Prenderà la laurea nel 1938, giusto in tempo per farsi mandare da sua eccellenza il cavalier Benito Mussolini in Africa. Mario, cui non mancano le battute caustiche, ha sempre sostenuto: "Mussolini mi ha mandato in Africa, ma non è mai venuto a trovarmi!"*

*Passeranno sette anni prima che Mario possa rivedere il viso dell'amatissima mamma Margherita. Il suo contingente è battuto ad Asmara, e Mario è fatto prigioniero dagli inglesi. Fa il medico tra i suoi compagni, che lo ripagano come possono: conserva ancora uno sgualcito portafoglio di pelle che gli ha cucito*

*to a mano un prigioniero del campo.*

*Certo, non è un lager nazista, ma bene non si sta, tanto che Mario liquida così l'esperienza con un'altra battuta:*

*"Anche gli inglesi sapevano umiliare le persone". Torna nel 1946 e comincia a fare supplenze, finché nel 1954 vince la condotta di Tiarno; qui conosce e sposa Rosetta, la maestrina del paese. Un anno*



continua a pag. 63

La relazione del professor Pandolfi nella sede dell'Ordine

## Verrà dall'ospedale del topo la terapia mirata del cancro

**I**l 19 giugno 2013, presso la sede dell'Ordine, abbiamo avuto la gradita visita del prof. Pierpaolo Pandolfi de Rinaldis, premio Pezcoller 2011 per la ricerca internazionale sul cancro. Ad un non folto pubblico di medici, lo scienziato italo-americano ha raccontato con grande efficacia la sua battaglia contro il cancro e la sua vittoria definitiva contro la leucemia promielocitica.

Proprio perché c'era uno scarso pubblico, crediamo di far cosa gradita ai colleghi nel pubblicare la prima parte dell'intervento del prof. Pandolfi (la seconda parte sarà pubblicata nel prossimo Bollettin). Il testo non è stato rivisto dal relatore, ma crediamo di non fargli torto perché la trascrizione letterale mantiene la freschezza dell'intervento che lo scienziato, con grande capacità comunicativa, ha tenuto completamente "a braccio".

Romano, 50 anni, il prof. Pandolfi dirige da sei un laboratorio di ricerca alla Harvard Medical School di Boston, negli Stati Uniti.

**“**Volevo discutere con voi una nuova piattaforma che abbiamo realizzato ad Harvard, nel nostro *cancer Centre*, e che vogliamo lanciare a livello nazionale ed internazionale. Discuterò con voi anche degli aspetti internazionali, di come l'Italia potrebbe diventare partecipe di questa iniziativa. Una piattaforma che abbiamo lanciato per accelerare il modo in cui i farmaci sperimentali in ambito oncologico



Prof. Pierpaolo Pandolfi de Rinaldis.

vengono testati. Questa piattaforma è totalmente esportabile.

Possiamo farlo con il cancro e con altre malattie cardiovascolari e neurovegetative. È una piattaforma che mette al suo centro l'animale transgenico, un topo transgenico che possiamo ingegnerizzare al fine di replicare nei suoi dettagli la malattia oncologica ma anche la malattia degenerativa. Nello specifico racconterò di come siamo arrivati a questa piattaforma e parlerò della cosiddetta rivoluzione genetica o genomica di cui voi tutti avete sentito parlare e che nello specifico ha un impatto devastante nella diagnostica e nella terapia del cancro. Come tutti sapete, negli ultimi vent'anni abbiamo provato a sconfiggere il cancro con mezzi abbastanza empirici tentando di bombardare le cellule tumorali e rimuoverle chirurgicamente. Il concetto fondamentale era rimuovere il cancro; fare la guerra al cancro.

Non so se sapete che negli Stati Uniti l'amministrazione Nixon aveva firmato una vera e propria guerra al cancro. Gli Stati Uniti sono andati in guerra contro il cancro e ci sono tuttora come in Afghanistan (lo dico ironicamente), perché questa guerra al cancro probabilmente non si riuscirà a vincerla con i mezzi tradizionali di soppressione.

Adesso, dico io, siamo entrati nella fase del trattato di pace. Il motivo per cui siamo entrati nella fase del trattato di pace o della negoziazione è perché incominciamo a capire molto di più i meccanismi che sottendono al cancro. Così facendo abbiamo cambiato strategia.

**Invece di bombardare cerchiamo di aggiustare.**

Questo crea delle opportunità ma anche un grossissimo problema. Perché per aggiustare dobbiamo sapere che difetto c'è. E lo dobbiamo sapere in tutti i pazienti che trattiamo. Mentre nella terapia oncologica tradizionale la radioterapia andava bene per tutti, o pensavamo andasse bene per tutti, così come la chemioterapia, se uno pensa alla terapia "mirata" deve distinguere il cancro del professor Pandolfi dal cancro di un'altra persona. Altrimenti la terapia magari non funziona. Cercherò di parlare di questo problema, che è un problema serio, e di come cerchiamo di usare questo paziente surrogato, questo animaletto in cui abbiamo ricreato la malattia del professor Pandolfi o di qualcun altro e come questo approccio ci permetta di sviluppare quello che adesso in America viene chiamato "precision medicine".

Ora non so se qualcuno ha sentito parlare della *terapia personalizzata*. Adesso qualcuno si chiede: ma questa *terapia personalizzata* che cosa è?

Chiunque, quando ha di fronte un paziente, sta personalizzando la

terapia. Pertanto la *terapia personalizzata* è stata rimpiazzata con un termine che parla di *terapia della precisione*. Cioè non stiamo soltanto trattando la persona ma **stiamo trattando il difetto molecolare che questa persona ha**. E questo non si poteva fare vent'anni fa, non perché fossimo stupidi ma semplicemente perché non sapevamo quale fosse il difetto del cancro. In altre discipline la rivoluzione copernicana è avvenuta dieci anni fa. In ambito cardiovascolare molti meccanismi sono stati scoperti dieci o quindici anni fa. Nel cancro li stiamo ancora scoprendo. Pertanto siamo ancora in una fase veramente rivoluzionaria. Non sono parole vuote, è una fase trasformativa a livello culturale e conoscitivo. La rivoluzione che sta sconvolgendo in maniera radicale di come diagnosticiamo, prognostichiamo e curiamo il cancro, e che avrà un impatto determinante su quella che sarà la medicina del futuro, è dovuta al microscopio genomico. È il microscopio di grandi *provider* che ci permetteranno, negli anni a venire, di selezionare il nostro genoma a costi sempre più bassi.

Se questo deve avere un impatto, e avrà un impatto, su come trattiamo i nostri pazienti, non solo nel settore oncologico ma in ogni settore, i costi si devono abbassare. Per farvi capire di quanto si stanno abbassando, siamo passati da un progetto di due miliardi di dollari per sequenziare il primo genoma umano a proiezioni che dicono che **riusciremo a sequenziare tutto il genoma umano per mille dollari**. Se questo avverrà, cambierà radicalmente il modo con il quale "facciamo" medicina. Perché tutti i nascituri verranno sequenziati, tutti i pazienti ammessi nell'ospedale verranno sequenziati, tutti i pazienti oncologici saran-



Il prof. Pandolfi con il dott. Gios Bernardi, presidente emerito del "premio Pezcoller", già presidente dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri della provincia di Trento.

no sequenziati nel loro tumore e nel loro tumore in evoluzione durante la terapia. Perché, lo sapete, il tumore soggetto a terapia evolve. E se questo costa mille dollari, lo si potrà fare molte volte al fine di attaccare con sempre maggior precisione il tumore per i meccanismi molecolari.

Se tutti verremo sequenziati bisognerà mettere da qualche parte tutti questi dati. Perciò c'è un tremendo spazio per fare business. Non so se lo sapete, ma uno dei più grandi attori di questo processo è Google.

Google ha capito benissimo che non possono vendere soltanto immagini o reclame o posizioni geografiche. Google si sta offrendo come il più grande *storage* di informazione biomedica e lo sta facendo, per esempio, in Irlanda. Ci sono grandi centri con mega computer dove queste informazioni verranno *storate* per essere analizzate. Se il nostro Paese fosse un attimo presente, potrebbe avere un ruolo fondamentale perché siamo leader nel settore bioinformatico e non si sa perché non dovremmo essere protagonisti in questo specifico campo.

### **Che cosa vuol dire sequenziare il nostro genoma?**

Ricordate tutti che abbiamo i cromosomi, che abbiamo i geni, ma quello che forse non ricordate, perché nemmeno io me ne ero accorto fino a un anno fa, è che tutta la nostra genomica negli ultimi quindici anni è stata basata sul sequenziare i nostri **geni codificanti proteine** che sono ventimila.

Ora quanto spazio genetico occupano questi geni? Il 2% del nostro genoma. Se i cromosomi sono una biblioteca, i geni codificanti proteine occupano soltanto un paio di volumi. Solo due anni fa ci siamo accorti che altra parte del restante 98% del genoma viene trascritto. C'erano gli RNA che vengono fuori dall'altro 98% del genoma che non avevamo sequenziato. Il genoma umano, che inizialmente non avevamo sequenziato, contiene diverse migliaia di geni che vengono trascritti in RNA, fra questi i tRNA ed i RNA ribosomici, ma anche RNA non codificanti proteine. Poi ci siamo accorti che questi RNA parlano tra di loro e hanno un sacco di funzioni importantissime. La rivoluzione genomica è ancora in atto perché stiamo ancora leggen-

do i 42 o 46 “volumi” dipende se uomo o topo. Stiamo ancora scoprendo agenti genetici di cui non eravamo a conoscenza.

Per darvi un senso dell'ultima conta, i geni codificanti proteine sono ventimila, ma i geni non codificanti proteine, codificanti RNA, sono tra i sessanta e gli ottantamila. E non li abbiamo studiati per niente. Perciò vi immaginate che opportunità di diagnostica e possibilità di intervento terapeutico possiamo avere. Per questa rivoluzione genomica, per fronteggiare e per accelerare il modo in cui testiamo farmaci e per rispondere alla richiesta di sviluppare una medicina di precisione, abbiamo deciso di sviluppare una **piattaforma che chiamiamo “co-clinica” e che pone al suo centro l'ospedale del topo**. L'ospedale del topo lavorerà, e lavora per davvero, in parallelo con l'ospedale dell'uomo. L'uno e l'altro sono equipaggiati esattamente allo stesso modo.

Abbiamo la stessa identica capacità diagnostica di *imaging* perché studiamo la risposta ai farmaci in questi **pazienti Avatar o pazienti surrogati esattamente come fossero pazienti umani**. Potete

leggervi un articolo che è uscito sul “New York Times” la scorsa settimana [12 giugno 2013] e vedrete che c'è il direttore *dell'ospedale del topo* a Boston e c'è una fotografia dell'infermiere che sta effettuando una ecografia della prostata di un topino anestetizzato, il quale è stato sottoposto a terapie sperimentali. Con questo approccio possiamo vedere se c'è una risposta al farmaco senza sacrificare il topo. Possiamo fare una risonanza magnetica, possiamo fare PET, possiamo fare radiografie e possiamo prendere la pressione al topo ...

**Possiamo fare esattamente ciò che si fa al paziente-copia nel vicino ospedale umano.** Abbiamo una sezione di ematologia del topo uguale a quella dell'ospedale tradizionale. Vi dirò perché abbiamo bisogno di questo *ospedale del topo*, a che cosa ci serve questa tecnologia. Tutte le macchine usate sono miniaturizzate. Dietro all'*ospedale del topo* si è sviluppata un'enorme tecnologia anche perché si devono utilizzare macchinari che hanno, a volte, una sensibilità maggiore di quelli tradizionali. Gli organi del topo sono molto più piccoli di quelli umani.



Il prof. Pandolfi con il presidente dell'Ordine, dott. Giuseppe Zumiani.

Come siamo arrivati a quest'approccio, qual è stata la logica che ci ha portati fin qui? Come sapete la ricerca viene fatta in vari centri internazionali. Le case farmaceutiche arruolano reparti a Milano, Parigi, Londra, Boston e via discorrendo. Noi possiamo fare la stessa cosa, a patto che i centri che arruolano i pazienti e i topi abbiano la tecnologia. Pertanto, se si vuole fare questo in ambito internazionale si devono creare “*ospedali del topo*” in vari Paesi. Sto cercando di farne aprire uno anche in Italia per non restare fuori dal giro. I tedeschi lo hanno; gli olandesi, gli inglesi, i francesi ce l'hanno, noi no. Ho parlato con ministri, continuerò a farlo, ma se non saranno prese decisioni rapide verremo lasciati fuori anche da questo progetto internazionale. Magari, alla fine, lo si potrà fare a Trento che ha l'autonomia decisionale...

Comincio col dirvi perché è importante sviluppare questo approccio nell'ambito oncologico, ma potrebbe essere fatto pure col diabete o nell'ambito delle neuroscienze. Non cambia nulla, cambiano soltanto i termini.

**Nel cancro abbiamo un'opportunità unica. Non solo perché cominciamo a capirci qualcosa ma perché abbiamo tanti farmaci da testare.** In questo momento, per ogni via di segnale importante del cancro abbiamo non meno di cinquanta molecole in fase clinica uno, due o tre. Perciò ci saranno centocinquanta, duecento nuovi farmaci. Non ci mancano i farmaci. E allora qual è il problema? Se accettate il fatto che il microscopico genetico vi fa vedere la genomica del cancro e se accettate il fatto che il cancro del prof. Pandolfi o di mister Rossi o della signora Bianchi non siano tutti uguali (cioè ci sono vari tipi di cancro alla prostata, vari tipi di cancro al polmone, ecc.), se volete testare cinquecento

farmaci per ogni tipo di cancro e lo volete fare all'antica maniera (studi di fase uno per tossicità, di fase due per efficacia, di fase tre per confermare l'efficacia) e lo volete fare per duecento farmaci, nei cinquecento tipi di cancro della prostata, impiegherete quarant'anni. È solamente un problema di tempi e di costi. E se il tumore è raro (per esempio la leucemia...) il problema è anche un altro. E cioè che non ci sono abbastanza pazienti per ogni sottotipo di leucemia per avere rilevanza statistica. Se uno vuol avere un risultato significativo deve arruolare almeno cento pazienti con quel tipo di tumore...

Immaginate che di tumore alla prostata, che è molto frequente, ci siano almeno cinquecento tipi. Se voi volete affrontare cinquecento tipi di tumore con cinquecento farmaci, prima singolarmente poi in combinazione, non avrete abbastanza pazienti per testarli.

Così abbiamo pensato che fosse importante inventarsi il "paziente surrogato", cioè inventare un paziente-topo che abbia lo stesso corredo genetico del cancro della signora Rossi e non del signor Bianchi. Questo è fondamentale perché la sfida è di capire in quale tipo di paziente funziona il farmaco mirato che stiamo usando. Il farmaco mirato aggiusta il problema molecolare del cancro. Non uccide la cellula ma la aggiusta. Pertanto è evidente che se voi cercate di aggiustare lo spinterogeno ma quel tal paziente ha il problema all'alternatore, il farmaco in quel paziente non funzionerà. Perché state usando un farmaco mirato ad aggiustare il difetto che quel paziente non ha. **Pertanto, tutta la sfida dell'oncologia contemporanea è di cercare di capire chi ha quale difetto e quale farmaco usare.**

Ora ci sono i farmaci mirati ma se questi farmaci uno li usa a vanve-



ra, cioè li dà a tutti, il risultato è che per curare un tipo di cancro si spende una fortuna. C'è un farmaco per un tipo di tumore al polmone che in America costa ottantamila dollari a ciclo. Quanto si spende a quel punto, se si dà il tal farmaco a ogni paziente, per prolungarne la vita forse di un mese? Il dato è fuorviante poiché sappiamo che alcuni pazienti non rispondono proprio a quel dato farmaco, altri invece – e sono una minima percentuale – rispondono benissimo. Pertanto, nell'oncologia, il gioco è di capire chi ha il difetto e chi non ce l'ha. [...] Per esempio, il cancro al colon. Per il bene del paziente, ed è l'unica cosa che mi sta a cuore, noi dovremmo dimostrare rapidamente, in maniera genetica, chi risponde a cosa, in modo da risparmiare denaro e contestualmente aumentare il beneficio. A quel punto dobbiamo trovare i geni che sono sensibili o sono resistenti a quel determinato farmaco. Chi si occupa di questo dice che dovremmo spendere più tempo e denaro per compiere questa stratificazione invece di buttare i soldi dalla finestra dando i farmaci a vanvera a tutti i pazienti con il cancro al colon.

**Il farmaco mirato va dato dopo aver preso la mira**, cioè va dato a chi si sa che risponde a quella terapia.

Pensiamo che l'approccio **co-clinico** sia fondamentale perché ti permette di testare rapidamente i farmaci mirati per questi tumori che abbiamo ricreato nel topo. Ti consente di capire per quale tipo di tumore un certo farmaco funziona oppure no.

Adesso vi dico come siamo arrivati all'approccio co-clinico al problema.

Questa è la storia della **leucemia promielocitica**. Quando mi sono iscritto a medicina era considerata un killer infallibile. Oggi, se un paziente è gestito bene, di leucemia promielocitica non si muore più. Se individuata rapidamente e sottoposto il paziente a terapia mirata, si guarisce definitivamente. A tutt'oggi è **l'unico esempio di tumore che abbiamo guarito**.

Abbiamo impiegato circa quindici anni per trovare la chiave di guarigione dalla leucemia promielocitica.

Non vogliamo aspettare altri trenta per debellare il cancro.

Ero all'ultimo anno di medicina, a Perugia, quando abbiamo scoperto i geni della leucemia promielocitica, li abbiamo studiati e li abbiamo immessi in un animale transgenico. Nonostante il topo non sviluppi questo tipo di leucemia, se inserisci i geni umani della leucemia promielocitica nel topo questo sviluppa la malattia. E lì ci è venuta l'idea di fare terapia sui topi, poiché erano una replica del paziente. Abbiamo trovato la combinazione giusta di alcuni farmaci sperimentali, abbiamo scoperto che questa leucemia non solo è rara ma ci sono sei tipi diversi. Ci siamo accorti subito che queste differenze genetiche erano rilevanti perché i pazienti rispondevano alla terapia in maniera differenziale. Adesso sappiamo che il tumore alla prostata non è unico ma ce ne sono cento tipi...

(1. continua)



## Collegli per sempre

Il 30 luglio scorso, nella sua abitazione di Via Grazioli, a Trento, è morto il dottor Giuseppe Barbareschi, 89 anni, per venti anni primario di anatomopatologia dell'ospedale "Santa Chiara" di Trento. Lo ricorda il dott. Mario Cristofolini, il figlio Mattia e la dott.ssa Danila Bassetti

### Giuseppe Barbareschi

### "Andava per morti" con arguzia e levità

di Mario Cristofolini

Incontro Giuseppe Barbareschi, Cino per gli amici, sulla porta della camera mortuaria situata a destra rispetto all'ingresso centrale dell'Ospedale S. Chiara. In lungo camice bianco da cui spuntano i pantaloni "a sigaretta" troppo corti e grosse scarpe con suola Vibram mi dice con orgoglio e con il suo tipico humor nero: "Non ho nemmeno un posto libero in reparto. Vieni - aggiunge - ho appena scritto una filastrocca in ricordo del vecchio S. Chiara."

La filastrocca recita: "C'era una volta a Trento un piccolo ospedale, dove si stava stretti, ma non si stava male" e tratteggia un profilo benignamente canzonatorio di tutti i Primari, compreso se stesso offrendoci con arguta genialità un suo ritratto completo: "Il vecchio Barba intrepido, silicodipendente, esamina i cadaveri munito di una lente. Osserva al microscopio e suona la chitarra, se prende la parola è subito gazzarra! Carabiniere patologo con camice e Kepi! Viva! Viva! I Primari son sempre qui!"

Ha esercitato con competenza, passione e autoironia la professione di anatomo-patologo. "Andar per morti" è un suo scritto in cui descrive minuziosamente le caratteristiche dei morti che arrivavano alla sua osservazione. Grande era anche la sua competenza al microscopio: è stato il fondatore dell'ana-

tomia patologica trentina sempre disponibile al confronto con i clinici. Studioso di nevi e melanomi, "il tumore nero", che in gran numero gli inviavo durante le campagne per la diagnosi precoce dei tumori cutanei organizzata e illustrata con il suo aiuto nel libretto "I tumori della pelle si autodenunciano".

In anticipo sui tempi ha mostrato grande sensibilità verso i problemi dell'inquinamento atmosferico, prima con studi sui lavoratori del porfido, poi sulla situazione dell'aria nella città di Trento. Me lo ricordo munito di macchina fotografica a fotografare i fumi che uscivano dai camini della "Ferriera" (la Fonderia OET) a nord di Trento per incombere su tutta la città. Fondamentali i suoi lavori sulla silicosi minima non professionale che colpiva gli abitanti delle zone più esposte ai fumi delle fabbriche a Trento. Sicuramente questo suo impegno ha contribuito alla chiusura delle fabbriche inquinanti ed i Trentini dovrebbero essergli grati se l'aria della città nel tempo è migliorata.

Nota la sua passione per la musica del Centro America, imparata durante l'esperienza professionale all'Hospital S. Juan de Dios in Costa Rica, che suonava al pianoforte o con la chitarra durante gli incon-

tri conviviali con i colleghi. Pittore, poeta, compositore: mi ricordo una poesia sulla mela del Trentino e l'inno ai carabinieri che aveva proposto alle alte cariche. Sulla scrivania teneva un cappello segno del suo affetto all'Arma.

Infine i suoi interventi come Presidente dei primari, indirizzati ad una medicina più moderna e ad un migliore rapporto medico-ammalato, spesso contestato dalla lobby dei vecchi primari conservatori, un po' rivoluzionario un po' gitano, come si definiva. Prima di entrare nell'assemblea (io lo sostenevo come vice-presidente) mi diceva "stringi la cintura come fanno i toreri quando alle 5 della sera entrano nell'arena".

E' stato un personaggio poliedrico, artista e studioso, dotato di humor ed autoironico, ma con grande professionalità e sensibilità verso gli ammalati per i quali svolgeva l'importante compito di collaborare alla precisione della diagnosi, sia nei primi momenti della malattia che nel caso di esito infausto. Diceva sempre che *il chirurgo fa tutto ma non capisce niente, il medico capisce tutto ma non fa niente, il patologo fa tutto, capisce tutto ma è troppo tardi.*

Ciao Cino.

Grazie per la tua amicizia.

**S**eduto sul divano sono circondato da pile di manoscritti di mio padre. Una montagna di poesie, brevi saggi, appunti, aforismi, canzoni ... ancora non ho affrontato la lettura di questa valanga impressionante di pensieri e di ricordi di mio padre, spesso a me del tutto ignoti.

Scriveva, nelle sue canzoni composte per i suoi nipoti, *“che il bello della vita deve ancora arrivare”*. Speranza e fiducia nella vita, sono una delle tante eredità spirituali che ha lasciato a tutta la sua famiglia: una speranza continua, una continua ricerca di una verità che dia il senso compiuto della nostra esistenza.

Anche negli ultimi tempi, quando la malattia avanzava, non ha mai perso la speranza. Di fronte all'avvicinarsi della morte mi diceva: *“Io ho quattro certezze. La prima è la certezza di esistere: io mi riconosco, esisto, sono. La seconda è che io sono molto di più di questo*

## Giuseppe Barbareschi: L'eredità di un padre uomo di impegno civile

di Mattia Barbareschi

*corpo che si sgretola, esisto anche come spirito purissimo, sganciato dalla carne. Mi sento vivo come se avessi vent'anni, anche se le mie gambe non mi reggono più e il mio cuore fa tanta fatica: il mio spirito non ha i limiti che mi impongono gli anni. Terzo, non sappiamo nulla di ciò che ci circonda: il mondo è avvolto in un Grande Mistero, che identifichiamo con la figura di Dio. Quarto, sono sicuro di dover morire e che proprio con la morte potrò finalmente conoscere quella Verità che ho tanto cercato e inseguito durante la mia vita. Solo attraversando quella porta stretta potrò finalmente conosce-*

*re e comprendere il Grande Mistero.”*

All'approssimarsi della morte c'era una sorta di curiosità di misurarsi con la sfida finale.

Assieme alla speranza, papà ha sempre avuto una grande capacità di percepire gli altri, di entrare rapidamente in sintonia con le persone che incontrava: simpatia vera con il prossimo, nel significato profondo etimologico di condividere emozioni e sentimenti, di mirare diritto al cuore, senza lasciarsi fuorviare dalle apparenze. Durante la sua vita, tanto spesso, troppo spesso, si è imbattuto, come tutti noi che condividiamo la professione di medico, nelle sofferenze

## Il nostro primo Tutor verso l'arte medica

di Danila Bassetti

**A**ccanto ad autorevoli ricordi professionali e personali del prof. Giuseppe Barbareschi, vorrei far conoscere ai Colleghi un aneddoto significativo ed emblematico, a mio avviso, della sua figura anche come docente e tutor verso quanti volevano intraprendere gli studi di Medicina e Chirurgia.

Trento, anno scolastico 1971-72, maturità al Liceo Classico “G. Prati”. Nella classe 3. Liceo A, noi, sei studenti prossimi all'Università, ma già orientati verso una scelta “medica”, volevamo mettere a prova la nostra resistenza ed emotività, affrontando quella che allora era ritenuta la “prova del fuoco” per i futuri seguaci di Ippocrate: assistere, o meglio resistere, ad un'autopsia. Perciò, grazie all'interessamento dell'indimenticabile professoressa di scienze Erma Ferrari, fummo messi in contatto con il prof. Barbareschi, che dopo breve tempo ci convocò, tramite la segreteria del Liceo, presso il suo reparto, invitandoci a presentarci con un ... coniglio. Piuttosto perplessi e dietro gli sguardi raccapricciati dei nostri compagni di classe, accogliemmo l'invito, pensando chi ad un eventuale gioco di prestigio, chi ad un più banale accompagnamento ad un piatto di polenta, e ci avventurammo verso i meandri dell'Anatomia Patologica. Qui ci accolse il primario in persona, il prof. Barbareschi, che avrebbe poi eseguito per noi l'autopsia sul ... coniglio. Sopravvissuti all'impatto olfattivo e all'austerità indotta dalla sala autoptica, trovammo anche il coraggio di chiedergli una “vera” autopsia. Barbareschi sorrise amabilmente, ma non sorpreso e ci promise una successiva “visita” per soddisfare la nostra richiesta. Evento verificatosi di lì a poco, quando un suo assistente, oggi prof. Sergio Fiaccavento, ci guidò verso una conoscenza “profonda” del corpo umano: ne uscimmo indenni, forse un po' palliducci, ma orgogliosi del nostro coraggio e più che mai decisi a intraprendere tutte le fatiche della lunga strada verso il tempio di Esculapio. All'uscita del reparto, ognuno di noi trovò un pacchettino, contenente i vetrini con vario e ricco repertorio istologico del famoso ... coniglio, il quale, anziché finire meschinamente in padella, ha costituito un utile corredo didattico per noi, allora studenti del “Prati”, ora tutti medici trentini, tramandato da alcuni di noi anche ai figli.

Penso che questo episodio faceto possa costituire un piccolo pezzo del puzzle della figura poliedrica di Giuseppe Barbareschi: grande medico, anatomopatologo, scienziato, filosofo, docente, ma anche Tutor attento e disponibile verso i colleghi, compresi quelli “in divenire”.

*Grazie professor Barbareschi, anche a nome di Cornelio, Andrea, Giovanni, Alberto, Antonio!*

e nel dolore. Spesso si è chiesto, da profondo credente, il perché del male, dell'infinita sofferenza che scandisce la vita dell'umanità. Si è spinto fino a maledire una creazione così crudele con tanti dei suoi figli. Ma il suo cammino di *"vita che vince la morte"*, come diceva in tanti suoi scritti, gli ha permesso di conquistare una serenità e un senso profondo dell'essere, che gli ha permesso spesso di portare un vero conforto alle persone che a lui si rivolgevano. E di questo mi è rimasta e rimane una continua testimonianza di persone che l'hanno conosciuto nei difficili momenti della propria vita, e che mi manifestano il loro affetto verso mio padre.

Papà non era solo uomo contemplativo: era uomo d'azione. A volte travolgente e impetuosa, incurante di convenzioni e opportunità. Sempre pronto a imbracciare la sua penna per scrivere sui giornali o per mettere nero su bianco le sue rivendicazioni in accese lettere. Era un uomo dal vibrante spirito civile e politico, che aveva vissuto già nella propria famiglia, con il nonno Francesco Saverio Fino, deputato al parlamento del Regno d'Italia, e la mamma Maria Antonietta Fino, attivissima candidata alle elezioni del 1948.

Ricordo le sue battaglie campagne contro la famigerata SLOI, a fianco degli operai e dei cittadini per difendersi dall'inquinamento e dal pericolosissimo piombo tetraetile. La sera del 14 luglio del 1978 sotto un forte temporale esplose il primo di innumerevoli fusti di sodio collocati nel deposito dello stabilimento SLOI in via Maccani e si generò una reazione a catena con un grande incendio che colpì larga parte della fabbrica. Papà ne fu informato e ci prese tutti con sé e fuggimmo a dormire in auto in Bondone per timore di una massiccia fuoriuscita di piombo tetraetile.

Le sue battaglie contro l'inquinamento in città continuarono con la lotta alle polveri di silicio che la fer-

riera a nord di Trento immetteva nell'aria e che restavano come una coltre lattiginosa sulla città. Allora vivevamo a Villazzano e la mattina, scendendo in città, papà ci mostrava quella nube che nascondeva le case e le vie, dicendoci: *"Dobbiamo difendere la nostra città. Trento è bellissima, ma se non si elimina quella nube dovremo andarcene"*. La lotta a quelle polveri lo hanno portato a coniare il termine di "silicosi minima interstiziale" in diverse sue pubblicazioni scientifiche per indicare la presenza di polveri di silicio nei polmoni dei cittadini di Trento di cui aveva l'avventura di fare un esame autoptico. E tali documentazioni finivano poi a essere costantemente inviate



Il dott. Giuseppe Barbareschi con l'inseparabile chitarra.

all'attenzione della Procura della Repubblica.

Si batté molto anche per una sanità di qualità. Ancora negli anni '70 cominciò a ipotizzare una Facoltà di Medicina a Trento: un complemento indispensabile, nella sua visione, per una sanità eccellente, ma ancora con grandi potenzialità di espansione. Una volta, rispondendo alle critiche sulla possibilità di trovare spazi per la didattica, scrisse sull'Adige che sarebbe bastato utilizzare *"le aule semivuote del Seminario Maggiore, data la scarsità di nuove vocazioni"*... Immaginabile l'irritazione della Curia di fronte a tale provocazione. Ma papà era anche così. Impulsivo e irriverente.

La sua passione per il lavoro era straordinaria: amava la sua attività

diagnostica. Quando mi insegnava a leggere i preparati istologici al microscopio mi ripeteva un detto del suo mentore quando, negli anni '50, aveva lavorato all'Università San Juan de Dios di Costa Rica: *"despacio, tranquilo y algre"*. Lavorare in pace con il ritmo giusto, con la tranquillità necessaria alla concentrazione e con la serenità che trasforma il lavoro in piacere. Quanti vetrini abbiamo letto assieme, quando il sabato mattina tornavo dall'Università a Milano dove già lavoravo in Anatomia Patologica.

Ha amato molto tutti quanti hanno lavorato con lui nel reparto di Anatomia Patologica: certo era un primario che sapeva farsi rispettare anche con una certa veemenza e con forza, ma non ha mai cessato di rispettare le singole persone, di apprezzarne le qualità e di cercare di capirne le necessità. Era anche un nonno straordinario e generoso: grande fu la fortuna dei suoi nipoti cui dedicò poesie e canzoni composte al pianoforte, cui dedicò tanta parte della sua *"stagione delle vendemmie"*, come amava definire la sua vecchiaia. Li portava a vedere gli animali, in bicicletta sul seggiolino, in automobile per le stradine sterrate con la segreta complicità di fare una cosa proibita. Inventava per loro storie meravigliose, disegnava con loro, costruiva giocattoli ritagliando e incollando cartoncini e vecchie lastre radiografiche. Ne inventava una ogni giorno.

Era un marito appassionato e affettuoso. Amava sua moglie dal 1944, anno del loro primo bacio sotto i rami di pesco fiorito. Ogni anno, il primo maggio, mia mamma riceveva un mazzo di quei rami dai fiori rosa e delicati. E quando la mamma piano piano si è rimpicciolita nella sua malattia e si è fatta fragile e bisognosa di cure, lui l'ha accudita con dedizione infinita, permettendole una fine serena nella sua casa.

Caro papà, quanto hai lasciato e seminato nel nostro cuore!

## In ricordo di Franco Marafiotti

di Fabrizio Zappaterra

Il 20 agosto 2013 è scomparso Franco Marafiotti, uno dei volti più noti della Banca del Sangue di Trento. Nato a Portigliola (RC) l'11 gennaio 1954, si era laureato a Messina l'11 dicembre 1978 e con il 23 gennaio 1979 era già iscritto all'Ordine di Trento per prendere servizio al "S. Chiara", presso il Centro Trasfusionale.

In oltre trent'anni di servizio si è occupato prevalentemente della raccolta del sangue e del trattamento degli emofilici. Per tale ragione ha avuto rapporti professionali con migliaia di donatori dell'Avis e della Lega Pasi Battisti, per i quali si è sempre speso a tutto campo. Ha collaborato alla messa a punto dei criteri di selezione per l'idoneità dei donatori, ha scritto opuscoli divulgativi, ha partecipato a incon-

tri promozionali organizzati dai volontari e a Convegni scientifici della SIMTI. È sempre stato disponibile a dare una mano a raccogliere ed elaborare dati statistici sulla raccolta di sangue e sul buon uso dello stesso presso i reparti di medicina e chirurgia.

Una delle sue scommesse vinte è stata l'introduzione e la messa a punto di un programma informatico per la gestione completa dei donatori di sangue: dai dati anamnestici all'esito delle analisi ematochimiche, alla conferma dell'idoneità o alla sospensione dei donatori.

Tutte le mattine occupava uno dei due ambulatori della Banca del Sangue. Qui aveva un breve colloquio con il donatore, esaminava gli esami, verificava l'obiettività. Ha lavorato sino alla fine di aprile, poi



la triste scoperta di un male già talmente avanzato da portarselo via in meno di quattro mesi.

Al suo funerale, la chiesa di Santissimo Sacramento era gremita da colleghi e da donatori che si sono stretti al dolore della moglie Giulia e della figlia Luisa, per dare il loro ultimo saluto a Franco.

Assieme abbiamo scritto varie edizioni de "Il sangue, i donatori, l'Avis", abbiamo partecipato ad assemblee, a momenti conviviali, incontri scientifici, ma lo voglio ricordare in un suo momento felice, a passeggio, in via Perini, con la moglie e il suo delizioso cagnolino, quasi aspettandomi di incontrarlo ancora.

## Daniela Cattoi, una grande professionista stimata non solo dai colleghi

Nella Chiesa di Villazzano, gremita all'inverosimile, familiari, amici, colleghi e pazienti hanno salutato Daniela Cattoi Casteggio, medico dermatologo, venuta prematuramente a mancare il 24 settembre 2013. Come ricorda il nostro presidente, Giuseppe Zumiani, suo collega e amico, Daniela Cattoi aveva svolto la sua attività nell'U.O. di Dermatologia dell'Ospedale S. Chiara di Trento, quale aiuto e vice del primario Mario Cristofolini, contribuendo efficacemente al rinnovamento dell'ex dispensario dermo-venereo ed alla sua affermazione come ambulatorio delle infezioni sessualmente trasmesse, in un periodo critico per la sanità pubblica, quando già si profilava lo spettro dell'infezione da HIV e delle patologie ad esso correlate. Lasciato l'incarico di medico ospedaliero, ha continuato la sua attività specialistica come libero professionista con grande competenza e attenzione per i "suoi" pazienti. Gran parte del suo tempo libero l'ha rivolto ad attività di volontariato, come ad esempio nel Consiglio Direttivo della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, impegnandosi con dedizione e umanità.



Chiunque abbia avuto modo di conoscere Daniela ricorderà le sue doti professionali e personali. Accanto ai familiari, cui ha dedicato con amore e affetto la sua vita, ognuno conserverà di lei un ricordo particolare: chi come medico attento e solerte, premuroso e sempre disponibile nel bisogno, chi come collega generosa e prodiga di preziosi consigli e suggerimenti, chi come amica gioiosa e magnanima, chi come volontaria propositiva in associazioni mediche e di assistenza, chi, infine, come paziente docile e grata per le cure ed attenzioni dedicate. Ciao Daniela e grazie: la serenità e determinazione del tuo sguardo, la dolcezza del tuo sorriso rassicurante e sincero, la gentilezza ed eleganza dei tuoi modi, il ricordo del tuo stile di vita riscaldano ancora i nostri cuori.

## In memoria di Fabio Pederzini neonatologo del Santa Chiara



**F**abio Pederzini, neonatologo dell'ospedale "Santa Chiara" di Trento, ci ha lasciati lo scorso gennaio a soli 62 anni. Oltre che nella sua famiglia, grande è il vuoto anche tra i colleghi che l'hanno conosciuto ed apprezzato per la sua infaticabilità in ospedale, all'interno del reparto di neonatologia, per circa vent'anni, dopo un decennio trascorso presso il Centro Fibrosi Cistica dell'Ospedale Borgo Trento di Verona.

Non solo lavoro in reparto, ma trasporto in ambulanza e in elicottero, terapia intensiva neonatale trentina, sostegno diretto della neonatologia in Vietnam, attenzione alla relazione madre/bambino, prevenzione degli incidenti domestici ai bambini, sono stati alcuni degli impegni che ha affrontato.

È stato, infatti, segretario-fondatore della Sezione Trentino Alto-Adige della Società Italiana di Medicina d'Emergenza Urgenza Pediatrica; responsabile del Centro per la Formazione all'Emergenza Pediatrica SIMEUP-IRC della regione con incarico di istruttore del personale sanitario e di soccorso in entrambe le province, membro della commissione italiana di studio per lo sviluppo del modulo didattico in Pediatric Advanced Life Support (PALS), componente del comitato tecnico di progetto per il corso sulla gestione delle emergenze, componente della commissione sulla formazione all'emergenza dell'APSS 2006, istruttore/direttore accreditato presso European Resuscitation Council in EPLS, ENLS e Generic Instructor Trainer, autore e co-autore di numerosi testi divulgativi su argomenti correlati al suo lavoro.

Per due mandati consecutivi ha fatto anche parte del Comitato di bio-

etica dell'Ordine dei Medici della Provincia di Trento approfondendo e curando gli aspetti etici e deontologici dell'agire professionale.

Uno degli ultimi impegni in seno a tale Commissione è stato la richiesta di un protocollo per il controllo del dolore postoperatorio pediatrico, mediante utilizzo di farmaci off-label. Infatti, non esistendo preparazioni di farmaci analgesici predisposte appositamente per i bambini, sono utilizzate preparazioni per adulti, usati in modo off-label.

Questo impone una procedura che prevede il consenso scritto, libero, autonomo e consapevole da parte del genitore. Alcuni medici usano i farmaci senza il preventivo consenso per la mancanza del tempo necessario ad ottenerlo, esponendosi a provvedimenti disciplinari

o giudiziari per un uso illegittimo dei farmaci, altri non usano farmaci analgesici, rischiando di marciare per sempre la salute mentale del piccolo paziente. La sua era un'azione a difesa simultanea dei neonati e dei colleghi.

Quello che colpiva di più tutti i suoi interlocutori era il suo modo di approcciarsi, gentile, cortese, pacato, tranquillo, ma competente in ogni situazione, riusciva così a rassicurare e calmare le ansie e le preoccupazioni come nessun altro.

## Eventi formativi

### MALATTIE IMMUNOMEDIATE CUTANEE E REUMATICHE

5° Premio per l'impegno in dermatologia e Convegno Malattie immunomediate cutanee e reumatiche. Premio per l'impegno in dermatologia – Terme di Comano: 18 ottobre ore 18 presso Grand Hotel Terme. Il programma si trova in:

[http://www.ordinemedici.bz.it/cmscontent/upload/Eventi%202013/18-19102013\\_malattie%20immunomediate.pdf](http://www.ordinemedici.bz.it/cmscontent/upload/Eventi%202013/18-19102013_malattie%20immunomediate.pdf)

### LA CERTIFICAZIONE DELLO STATO DI MALATTIA DEL DIPENDENTE PUBBLICO E PRIVATO

La certificazione dello stato di malattia del dipendente pubblico e privato -passato, presente e futuro. È il tema di un convegno formativo che si tiene a Piacenza il 26 ottobre 2013, presso il Centro Congressi Best Western Park Hotel Strada Val Nure, 7.

Il programma può essere visto in:

[http://www.ordinemedici.bz.it/cmscontent/upload/Eventi%202013/26102013\\_La%20certificazione%20di%20malattia%20dipendente%20pubblico%20e%20privato\\_programma.pdf](http://www.ordinemedici.bz.it/cmscontent/upload/Eventi%202013/26102013_La%20certificazione%20di%20malattia%20dipendente%20pubblico%20e%20privato_programma.pdf)

## Locandina

### Uno spettacolo rock per ricordare il dott. Frate

Senza togliere tempo ai pazienti, quattro operatori della sanità trentina (ai quali si aggiungono un ingegnere e un funzionario della Provincia autonoma di Trento) si diletano col pentagramma. Da parecchi anni, Maurizio Salandini (medico di base), Saverio Mirabassi (medico pediatra), Roberto Dal Fovo (odontoiatra), Nicola Mirabassi (specializzando in anatomia patologica) hanno dato vita a un gruppo musicale rock "Oldies but goldies". Formano quella che è stata chiamata "La banda dei dottori". Portano in scena spettacoli compiuti, ovvero musica, immagini e ricostruzioni storiche di taluni periodi della musica rock: dagli anni Sessanta agli anni Ottanta.

Assieme ad altri due amici, Carlo Mirabassi e Alessandro Galvagni, i quattro sanitari proporranno uno spettacolo di beneficenza per ricordare il medico Alejandro Ruben Frate, morto tragicamente in un incidente stradale lo scorso anno ed alla cui famiglia ha assicurato il proprio appoggio anche il consiglio dell'Ordine dei Medici e degli odontoiatri della provincia di Trento.



Dal camice al pentagramma. Il gruppo dei sei professionisti "Oldies but goldies".

Lo spettacolo, "Rock Survivors of the '70s" (suoni, storie e immagini del Rock anni Settanta), andrà in scena all'**Auditorium del Santa Chiara a Trento la sera di sabato 19 ottobre alle 20.30.**

L'incasso della serata (10 euro a biglietto), che è patrocinata anche dal Coordinamento teatrale Trentino, sarà devoluto alla famiglia del collega scomparso. In precedenza, altri spettacoli musical-teatrali hanno impegnato i nostri in concerti di beneficenza.

## FNOMCEO: MEDAGLIA AL MERITO E VALOR CIVILE PER PAOLA LABRIOLA E ELEONORA CANTAMESSA

Il Comitato Centrale della Fnomceo, riunito a Roma, ha espresso il cordoglio della categoria alle famiglie delle due donne medico che hanno pagato con la vita il loro impegno nella professione. Si tratta di **Paola Labriola** ed **Eleonora Cantamessa**.

Scriva la Fnomceo: "Si tratta di due donne, due medici, a cui è stata sottratta la vita mentre rispondevano a quei principi, a quel diritto-dovere di curare, che costituiscono l'essenza stessa della professione, manifestandone così il senso più profondo.

Occorre migliorare la sicurezza degli operatori sanitari e dei luoghi di lavoro, in particolare nei posti di prima assistenza. La sicurezza degli operatori, infatti, è il primo presupposto della sicurezza delle cure; così come la rischiosità della Professione è l'effetto collaterale della quotidiana attività di prossimità e vicinanza dei nostri medici ai disagi delle persone e delle comunità, spesso in qualità di primi se non unici testimoni di diritti elusi e negati.

I nostri professionisti entrano nelle case, nei quartieri, nelle comunità devastate da malesseri ambientali e sociali, sino a pagare il prezzo più alto per non poter che rispondere "sì" a chi chiede soccorso.

Nulla potrà restituire alla famiglia e alla nostra comunità professionale queste preziose donne medico. Ma tutto dobbiamo fare perché ne resti il ricordo e l'insegnamento".

*Il Comitato Centrale della Fnomceo ha inviato al ministro della Salute la richiesta di una medaglia al Merito della Sanità Pubblica e al ministro dell'Interno quella di una medaglia al Valor Civile per le due colleghe morte tragicamente nell'esercizio della loro professione.*



# Odontoiatria

## Il “costo” del Low Cost

di Fausto Fiorile, Presidente CAO

Il fiorire di pubblicità relative a Studi odontoiatrici *Low cost*, facenti riferimento a catene di franchising più o meno note è certamente un dato, che nel corso di questi ultimi anni, si è fortemente consolidato. La liberalizzazione della pubblicità ha certamente enfatizzato il fenomeno e lo ha reso di forte impatto mediatico, ma nonostante questo, la realtà è ancora oggi fortemente radicalizzata su un modello che vede nella rete degli studi professionali capillarmente distribuiti sul territorio nazionale il sistema che garantisce un'assistenza di qualità.

Molti di noi, tra cui io, credono che il modello ideale non potrà mai essere quello delle Cliniche *Low Cost* o delle Società che gestiscono Studi di grandi dimensioni, per un motivo molto semplice; la “mission e la vision” (per usare termini mutuati dal mondo aziendale) di un professionista medico (Odontoiatra) è profondamente diversa rispetto a quella di una Società di capitali che ha come obiettivo principale il profitto. Il guadagno per l'Odontoiatra è il mezzo per svolgere al meglio la propria attività medica e non il fine da raggiungere a tutti i costi, obiettivo invece molto spesso individuato dalle Società.

Oggi assistiamo sempre più frequentemente alla crescita e alla diffusione dei “supermercati del dente” dove il rapporto con l'utenza si sostanzia nell'offerta di “prestazioni” a tariffe scontate, quasi si trattasse di prodotti da banco, inducendo il cittadino a credere che sia possibile abbattere i prezzi e conservare al tempo stesso qualità e sicurezza accettabili per le cure definite invece impropriamente prestazioni.

Gli Odontoiatri non vendono merci, ma forniscono cure sanitarie. La cura odontoiatrica è un bene sui generis. Non è realizzabile in serie e come per tutte le specialità mediche e chirurgiche, necessita di abilità tecniche e di preparazione scientifica per offrire la cura più adatta che è “costruita a misura” del paziente. La prestazione del dentista non è qualcosa di “pronto all'uso”, in giacenza sullo scaffale di un supermercato, dal quale può essere prelevata e acquistata come una merce qualsiasi. Considerare la cura del dentista alla stregua di un prodotto rappresenta un pericolo concreto per la salute. Ridurre una cura medica a questo, significa non essere realmente interessati alla qualità, che invece deve rimanere l'obiettivo principale per tutti.

Se è vero, infatti, che la qualità costa, la cattiva qualità costa molto di più, sia in termini economici ma soprattutto di danno alla salute del cittadino. Le cure odontoiatriche, così come tutte le attività di tipo sanitario, hanno un costo elevato se si desidera mantenere un livello di qualità, ed i costi non possono essere compressi oltre un certo limite.

Le cure odontoiatriche, ma soprattutto le cure protesiche più complesse, costano molto, indipendentemente da quali siano le strutture che le erogano. Per curare un paziente con problemi di tipo protesico i dentisti lavorano tante ore, pagano un affitto o il canone di un mutuo per studi professionali regolarmente autorizzati che hanno un costo di gestione altissimo. Utilizzano attrezzature molto sofisticate e costose con dei protocolli particolarmente rigorosi e quindi onerosi per la gestione

della sicurezza nel controllo delle infezioni crociate, si fanno aiutare da assistenti e collaboratori che devono essere adeguatamente retribuiti. Da qui derivano gli alti costi che ci sono sia che si tratti di ospedale, di ambulatorio pubblico, o di studio privato.

Nonostante questo, la pubblicità dilagante di una certa odontoiatria finalizzata al lucro, lancia con forza un messaggio diverso che spesso fa breccia tra gli ignari potenziali pazienti! Quello che si vuol far credere è che rivolgendosi alle Strutture in franchising si può risparmiare fino al 50% su terapie comunque costose, non sempre necessarie e guarda caso proprio a più alta redditività per le Società; stiamo parlando degli interventi protesici con impianti e corone in porcellana proposte molto spesso, quasi si trattasse delle uniche opzioni terapeutiche possibili.

Sappiamo benissimo come nel marketing sia spesso l'offerta a creare la domanda! Ma mentre possiamo accettare politiche di marketing aggressivo nell'ambito del commercio dei prodotti quali ad esempio computer o telefonini, nonostante i problemi che queste politiche possano comunque creare nel tempo, riteniamo assolutamente inaccettabile che una “cultura” di questo tipo possa diffondersi in ambito sanitario, nell'ambito dei bisogni legati alla salute!

Le campagne pubblicitarie stanno creando una situazione paradossale in cui si propone la terapia prima della diagnosi. Oggi i pazienti si presentano negli studi chiedendo espressamente un certo tipo di soluzione terapeutica (impianti e corone) dimostrando molto spesso

di non aver compreso bene di che tipo di intervento si tratti, nonostante in moltissimi casi, non solo non sia la soluzione più appropriata, ma addirittura inopportuna!

Il danno che questo tipo di campagne stanno creando è soprattutto di tipo culturale. Bene il marketing e la comunicazione, bene la gestione razionale dei costi dello studio, bene le economie di scala, ma è inaccettabile permettere che un messaggio pubblicitario apparentemente corretto crei invece tanta confusione tra i pazienti e soprattutto contribuisca a creare una domanda di terapie non corrette.

D'altro canto siamo ben consci che il problema dell'accesso alle cure odontoiatriche da parte delle persone con difficoltà economiche esiste e per questo abbiamo più volte dato la disponibilità a trovare soluzioni chiedendo però impegni concreti alle istituzioni: miglioramento nel funzionamento delle strutture pubbliche che permetta di garantire le prestazioni previste nei LEA, possibilità di detrazione fiscale superiore all'attuale 19% per ottenere così un risparmio significativo da parte del paziente; programmi di prevenzione su larga scala coinvolgendo le Istituzioni ordinistiche per far sì che la rete degli studi privati presente sul territorio lavori in sinergia con gli ambulatori pubblici e gli ospedali. In molti crediamo sia dovere della professione lavorare per un'odon-

toiatria diversa rispetto a quella che la cultura dilagante di oggi vuol far credere dovrà essere l'odontoiatria del domani. Un'odontoiatria che poggi su dei cardini fondamentali.

**Trasparenza** - Noi vogliamo che il paziente sia informato dal proprio Odontoiatra circa il suo stato di salute e sulle soluzioni terapeutiche più adatte al suo problema; non vogliamo che invece sia ingannato da cartelloni pubblicitari e pagine di giornali con forme di pubblicità truffaldine che a fronte di una sbandiera trasparenza creano invece solo false aspettative e confusione.

**Comunicazione** - Noi vogliamo per il nostro paziente una "comunicazione etica" che vuol dire soprattutto capacità di ascolto, empatia, interesse per la salute e le problematiche del nostro assistito; non vogliamo invece si diffonda una cultura della comunicazione commerciale finalizzata esclusivamente alla vendita di un prodotto (l'impianto, la corona in porcellana) attraverso moderne tecniche di marketing che vengono utilizzate dalle Società Low Cost.

**Accountability** - Noi vogliamo che il paziente sappia chi è il professionista che lo cura, dove abita, come si è formato, in poche parole chi è l'odontoiatra a cui si rivolge; che sia curato da un Odontoiatra che indaghi con attenzione sui problemi odontoiatrici, che conosca la storia clinica e familiare di quel pa-

ziente; non vogliamo invece che il paziente sia curato di volta in volta da operatori differenti che spesso lavorano nelle strutture Low Cost solo per alcuni mesi per poi migrare di città in città alla ricerca di un lavoro stabile.

**Appropriatezza** - Noi vogliamo che il paziente non sia spinto a scegliere una terapia piuttosto di un'altra solo perché una pubblicità aggressiva promuove a prezzi stracciati l'impianto e la corona in porcellana, quando magari la terapia può essere molto più conservativa.

**Professionalità** - Noi vogliamo che i giovani Odontoiatri che lavorano come collaboratori in uno Studio Odontoiatrico non essendo i titolari, siano retribuiti in modo congruo e sia garantita la loro autonomia di medici; non vogliamo che siano sfruttati o influenzati nelle loro scelte terapeutiche da strategie economiche di qualche manager seduto dietro a qualche scrivania.

**Autonomia** - Noi vogliamo che l'Odontoiatra sia libero di decidere secondo scienza e coscienza quale sia il migliore intervento terapeutico per il proprio paziente come avviene in uno Studio dove il titolare risponde solo alla propria etica; non vogliamo invece che Soci di capitale più o meno occulti interferiscano con le scelte del medico per indurlo a promuovere le terapie più redditizie.

## NORMATIVA IN RADIOPROTEZIONE: ATTENZIONE AGLI ADEMPIMENTI OBBLIGATORI PER GLI ODONTOIATRI

di Monica Marani, dirigente fisico del Dipartimento di Prevenzione

Si rammentano agli odontoiatri, quali detentori di apparecchi radiogeni, alcuni adempimenti previsti dalla normativa, la cui inosservanza può esporre a sanzioni:

1. In caso di acquisto di apparecchi **Cone Beam CT**, la comunicazione preventiva – ex art. 22 del dlgs 230/95 – deve riportare correttamente la detenzione di un CBCT e non di un semplice ortopantomografo.
2. La **cessazione di attività o dello studio** deve essere comunicata – ex art. 24 del dlgs 230/95 -fornendo indicazioni sulla destinazione degli apparecchi radiogeni detenuti.
3. I dati relativi agli **esami radiologici effettuati**, richiesti dal dipartimento di Prevenzione dell'Azienda sanitaria, devono essere tempestivamente comunicati.

La registrazione degli esami stessi è obbligatoria ai sensi dell'art. 12 del dlgs 187/00, che inoltre obbliga l'Azienda sanitaria a effettuare periodicamente rilevazioni sull'esposizione della popolazione alle radiazioni ionizzanti.

**A**i bambini dell'asilo, un tempo, tanto tempo fa, le suocere insegnavano che i denti sono 32, servono tutti e soprattutto, se usati "in cooperativa", fanno digerire meglio.

Dopo la cooperazione in bocca non poteva che nascere una cooperativa di operatori dell'odontoiatria. Anche in questo caso in numero di 32, come i denti, ma il numero dei primi soci potrebbe pure ampliarsi. Sempre che siano superate talune incomprensioni all'interno della categoria le quali hanno rallentato lo sviluppo del progetto.

Dice uno dei promotori, il medico e odontoiatra Massimo Corradini: "FiDente è un progetto. Una maniera nuova, sperimentale, di interpretare la libera professione alla luce dei cambiamenti epocali ed in particolare alla richiesta di cure dentali dai più vasti strati sociali. Perché l'odontoiatria è branca medica a tutti gli effetti.

FiDente è società cooperativa, mutualistica e non lucrativa. La *governance* è in mano ai soci e non a gruppi di investitori".

Nessuna ingerenza del "capitale" sulla libertà professionale. FiDente si inserisce nel più vasto progetto locale di creare il terzo polo di assistenza odontoiatrica, tra pubblico e privato, in sinergia con le vigenti leggi locali (L. P. n. 22/2007) per

## FiDente:

# Una cooperativa di dentisti sociali

di Alberto Folgheraiter

diffondere la cultura e l'accesso alle cure a tutti i trentini".

Obiettivo dell'iniziativa, infatti, è quello di garantire il diritto di tutti alle cure dentali, cominciando dalle persone più deboli. Le tariffe calmierate andranno a braccetto con un'alta qualità dei servizi. È allo studio, infatti, pure la creazione di un "contenitore di risorse professionali" che possa garantire agli ambulatori associati, secondo le necessità, il personale ausiliario e di segreteria.

Ancora Corradini: "Il collante tra soci (dentisti, igienisti dentali, odontotecnici e fornitori materiali e servizi) si basa sulla condivisione del concetto che il *welfare odontoiatrico* è un diritto di salute paritario a qualsiasi altro in medicina. La sanità pubblica, è noto, offre risposte limitate in particolare nell'ambito della fornitura di protesi dentali e ortodonzia, *gold-standard* terapeutici in una società che interpreta lo stato di salute come raggiungimento del benessere psicofisico e non solo come assenza di ma-



Dott. Massimo Corradini, medico e odontoiatra, tra i promotori di FiDente.

lattia (organizzazione mondiale della sanità).

La cura odontoiatrica, dalla prevenzione alla riabilitazione protesica di qualità e comfort, deve pertanto essere offerta e resa sostenibile per quella vasta fascia di utenza che, per contingenze sostanzialmente socio-economiche, ne è esclusa o è indotta a "migrazioni" con profonda lesione del diritto di normalità di cura".

Che cosa propone, pertanto, FiDente?

"FiDente propone la stipula di una sorta di patto sociale, interponendosi tra pubblico e privato, promuovendo un'alleanza terapeutica tra dentisti e società civile trentina, in affiancamento ed eventualmente partnership convenzionale diretta con le strutture pubbliche ed altri enti assistenziali che intendono virtuosamente intervenire nel merito. Un terzo polo di assistenza odontoiatrica, per proporsi a un "terzo pagante etico", ben diverso da un "terzo lucrante".

Le riforme sanitarie nazionali bis e ter, già negli anni '90, hanno istituito i sistemi sanitari integrativi, e la

*FiDente* ha predisposto un protocollo, denominato "Progetto Icef superiore 0,2", che il titolare di un ambulatorio può sottoscrivere, associandosi alla cooperativa, impegnandosi ad applicare un tariffario calmierato ai pazienti con un indice Icef compreso tra 0,20 e 0,25. L'indice fissato dalla legge provinciale 22 è di 0,20: questo limite esclude dalle prestazioni odontoiatriche a tariffario agevolato molti cittadini economicamente deboli.

Un secondo progetto ha per destinatari gli anziani ospiti di residenze protette. obiettivo: favorire il mantenimento dell'igiene orale degli utenti, problema noto ma spesso trascurato. La cooperativa propone la sottoscrizione con gli organi di gestione delle strutture di convenzioni che prevedano l'accesso dei dentisti e degli igienisti abilitati.

provincia autonoma di Trento con la L. P. n. 22/2007 - che amplifica l'assistenza odontoiatrica Lea (Livelli essenziali di assistenza) della norma nazionale - ne prevede l'attivazione.

fiDente intende proporsi anche per fornire risposte all'inevitabile "quota sociale", verosimilmente in espansione, che afferirà all'assistenza integrativa in progetto sul nostro territorio: una "stampella sociale".

In attesa della normativa definitiva che regola l'assistenza a mezzo dei fondi integrativi e per lo stretto mantenimento amministrativo, senza scopi lucrativi come da

statuto cooperativo (a differenza appunto di altre azioni avviate da raggruppamenti societari) fiDente intende avviare progetti di valenza sociale assistenziale odontoiatrica in trentino, tramite una rete di strutture sanitarie accreditate dal sistema sanitario provinciale, quindi di qualità certificata, territorialmente distribuita e collegata, sia amministrativamente che idealmente: il più vasto, organizzato e qualitativamente certificato ambulatorio dentistico distribuito sul territorio del trentino.

Recentemente si è assistito al proliferare di iniziative commerciali-finanziarie, nelle quali un "terzo

lucrante" si interpone tra il professionista e l'utente.

"FiDente ritiene che queste iniziative oltre a ledere il rapporto fiduciario medico-paziente, innescano anche pericolosi ribassi tariffari non sostenibili dalla libera professione ed a scapito della qualità. La formula cooperativa prevede che i soci partecipino alla gestione societaria diretta con il solo fine del diritto alla giusta remunerazione da lavoro mentre l'eventuale utile è reinvestito in progetti cooperativistici sociali in ambito odontoiatrico. Questo garantisce l'assenza di scopi societari lucrativi".

## Pediatri ed Odontoiatri insieme

di Mario Zuanni

**Sabato 23 marzo 2013** ha avuto luogo, presso la sala Adami dell'Ordine dei Medici, un Corso di aggiornamento rivolto ai Pediatri dal titolo "Pediatri ed Odontoiatri insieme nella prevenzione delle patologie odontoiatriche dei piccoli pazienti".

Organizzato su iniziativa del presidente della Commissione Albo Odontoiatri dr. Fausto Fiorile in collaborazione con il segretario della Federazione Italiana Medici Pediatri dr.ssa Marta Betta, l'Evento formativo ha ottenuto un grande successo, considerata la partecipazione numerosa ed attiva di pediatri che operano sul territorio della provincia di Trento.

Il corso ha risposto ad un desiderio condiviso di confronto ed aggiornamento sullo stato dell'arte della Prevenzione in Odontoiatria con particolare riferimento agli Interventi ortodontici nei pazienti in crescita. L'argomento, di frequente riscontro nell'attività pediatrica, è stato affrontato per mettere chiarezza in merito alle varie malocclusioni e disfunzioni che sempre più frequentemente si consiglia di trattare anche in tenera età.

Ne è risultata una giornata ricca di approfondimenti sulle problematiche odontoiatriche del piccolo paziente, un momento interdisciplinare estremamente importante per sviluppare sinergie fra medici di differente estrazione.

Relatrice della giornata è stata la prof.ssa Paola Cozza dell'Università di Roma "Tor Vergata", direttore del Corso di Laurea in Odontoiatria e della scuola di Specializzazione in Ortodonzia, che ha presentato, coadiuvata dal dr. Fausto Fiorile anch'egli docente presso



Dott. Mario Zuanni.

la stessa Università, numerosissimi casi clinici illustrati con chiarezza e ampia iconografia.

La giornata si è svolta suddividendo gli argomenti in quattro grandi capitoli, identificati da 4 fasce d'età (0-3 anni, 3-6 anni, 6-9 anni, 9-12 anni). Per ogni periodo sono stati descritti i concetti di sviluppo e di crescita e più in particolare sono stati descritti i rischi e le conseguenze di un mancato intervento preventivo e/o intercettivo.

Una presentazione svolta con particolare attenzione agli aspetti pratici su come intervenire, considerato che proprio il pediatra è il medico che in modo importante può attuare azioni preventive anche in campo stomatologico.

Il bambino quale soggetto in età evolutiva, è stato da sempre argomento di studio e attenzione da parte di più medici (pediatri, otorinolaringoiatri, fisiatri, allergologi, ortopedici, odontoiatri, logopedisti) i quali hanno nel tempo ben delimitato i loro campi di azione, descrivendo confini netti e forse troppo spesso rigidamente poco aperti ad un rapporto interattivo.

# Attualità

## I NUOVI ANTICOAGULANTI: BREVI NOTE PER UN CORRETTO UTILIZZO NELLA PRATICA CLINICA

di Alfio Bianchi

Vice Presidente ARCA Lombardia - Ospedale S. Luca – Milano (Relazione tenuta al Congresso Interregionale ARCA "Giovanni Fumo" a Riva del Garda il 19-20 aprile 2013)

I nuovi anticoagulanti orali (NAO) presenti ormai in molti paesi europei, in Canada e negli Stati Uniti e ormai entrati nelle Linee Guida europee, canadesi e statunitensi sono in arrivo anche in Italia.

La prima considerazione da fare è che l'attuale utilizzo dei nuovi farmaci anticoagulanti si riferisce esclusivamente a soggetti con fibrillazione atriale non valvolare mentre in presenza di fibrillazione atriale valvolare è necessario attuare terapia anticoagulante con warfarin.

Perché i nuovi anticoagulanti? Una delle ragioni fondamentali è che al di là dell'efficacia del warfarin solo il 60% dei soggetti che avrebbero necessita di scoagulazione la fanno e solo il 30% di questi sono in range ottimale di scoagulazione. Il restante 40 % non fa scoagulazione .

Ne consegue che circa il 70% di soggetti con FA non valvolare sono, in quanto non adeguatamente trattati, potenzialmente a rischio di evento embolico cerebrale.

<b>Differenze sostanziali tra warfarin e NAO :</b>		
	<b>Warfarin</b>	<b>NAO</b>
Inizio dell'effetto anticoagulante	lento	rapido
Dosaggio	variabile	fisso
Interazione con alimenti	elevata	scarsa
Monitoraggio	si	no
Cessazione dell'effetto anticoagulante	lento	rapido

<b>Eliminazione dei NAO:</b>		
	<b>Via epatica</b>	<b>Via renale</b>
Dabigatran	20%	80%
Rivaroxaban	75%	25%
Apixaban	67%	33%

I NAO attualmente a breve utilizzabili sono il dabigatran (inibitore della trombina), il Rivaroxaban e l'Apixaban ( inibitori del fattore X) e tutti sono stati testati con il warfarin.

Il dabigatran è stato studiato nel RELY-trial. Il Rivaroxaban nel Rocket-trial e l'Apixaban nell'Aristotle-trial e complessivamente sono stati studiati circa 50 mila soggetti con un rischio embolico medio-alto.

I dosaggi del dabigatran sono 110 o 150 mg da somministrare 2 volte al giorno, il rivaroxaban 15 o 20 mg da somministrare una volta al giorno e l'Apixaban 5 mg da somministrare 1 volta al giorno.

Il dabigatran (RELY-Trial) ha dimostrato una riduzione del rischio embolico del 9% in soggetti trattati con 110 mg/2 volte al giorno e del 34% con dosaggio di 150 mg/2 volte al giorno. Vi è stata una riduzione del sanguinamento del 20% con il 110 mg e senza nessuna differenza rispetto al warfarin col 150 mg .

Il rivaroxaban (Rocket-Trial) ha ridotto l'incidenza dello stroke embolico del 31% e non ha mostrato differenze nel sanguinamento in confronto al warfarin

L'Apixaban ( Aristotle-Trial ) ha evidenziato una riduzione dello stroke embolico del 21 % ed una riduzione di sanguinamento del 31% in confronto al warfarin.

Lo studio Rely-Able ha inoltre successivamente dimostrato che a distanza di 4 anni dall'inizio del trattamento con dabigatran si sono mantenuti inalterati i risultati riscontrati nel Rely-Trial sia sul fronte dello stroke embolico e sia sul sanguinamento. Ciò conferma l'efficacia e la buona tolleranza del farmaco.

Nella pratica clinica l'utilizzo dei NAO non può prescindere, come primo approccio, da una stretta valutazione di rischio embolico ed emorragico e ciò si può ottenere mediante l'utilizzo di score come il CHA2DS2VASC

(per il rischio embolico) e l'HAS-BLED o HEMORR2HAGES (per il rischio emorragico). Gli score sono visibili in allegato ed a punteggio maggiore corrisponde ovviamente rischio più elevato.

L'utilizzo ottimale degli anticoagulanti (Warfarin o NAO) è tuttora gravato da una fondamentale paura di rischio emorragico e questa paura ha sempre esercitato un fenomeno deterrente nel loro utilizzo.

I dati dei trial ci permettono di essere relativamente tranquilli sul loro utilizzo sul fronte emorragico con l'accortezza però di attuare un target corretto del paziente da trattare.

In prima istanza, infatti, occorre fare una corretta valutazione dei fattori che possono aumentare il rischio di sanguinamento.

<b>A) Fattori che possono aumentare il livello serico dei NAO</b>	
Maggiori:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Moderata insufficienza renale (CR CL 30-50 ml/min),</li> <li>contemporaneo trattamento con inibitori della P-glicoproteina</li> </ul>
Minori:	<ul style="list-style-type: none"> <li>basso BMI</li> </ul>
<b>B) Interazioni farmacologiche:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ASA,</li> <li>Clopidogrel,</li> <li>FANS</li> </ul>
<b>C) Situazioni a rischio emorragico</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Disordini congeniti della coagulazione,</li> <li>recente emorragia gastro-intestinale,</li> <li>recente biopsia o trauma di discreta entità,</li> <li>recente intervento in sede spinale od oftalmica,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>trombocitopenia o difetti della funzione piastrinica,</li> <li>ulcera peptica attiva,</li> <li>recente emorragia cerebrale,</li> <li>endocardite batterica</li> </ul>

**Quali suggerimenti per ridurre il rischio emorragico?**

Selezionare attentamente il paziente da trattare con particolare riferimento alla funzionalità renale.

Monitorare attentamente la funzione renale in occasione di:

peggioramento di uno scompenso cardiaco,

un episodio ipotensivo,

ogni situazione che possa peggiorare la funzione renale.

<b>Segnali ematologici di sanguinamento:</b>	
<i>Dabigatran</i>	<i>Rivaroxaban</i>
incremento di aPTT (tempo di tromboplastina attivata)	incremento di PT (tempo di protrombina)

<b>Situazioni da seguire con attenzione:</b>	<b>In caso di sanguinamento:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dolore, versamento o disturbo funzionale di una articolazione</li> <li>Cefalea, vertigini o stanchezza fisica inusuale</li> <li>Ricorrenti epistassi</li> <li>Sanguinamenti gengivali inusuali</li> <li>Sanguinamenti che cessano con difficoltà</li> <li>Mestruazioni più abbondanti rispetto alla norma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sospensione del farmaco</li> <li>Management di sanguinamento superficiale</li> <li>Gastroscoopia nel sospetto di sanguinamento del tubo digerente</li> <li>Somministrazione di liquidi</li> <li>Mantenere la diuresi</li> <li>Considerare approccio dialitico</li> </ul>

<b>Sospensione dell'anticoagulante in fase preoperatoria :</b>		
<i>Funz. Renale (Cr cl ml/min)</i>	<i>Rischio standard di sanguinamento</i>	<i>Alto rischio di sanguinamento</i>
>80	24 ore prima	2 giorni prima
da 50 ad 80	1-2 giorni prima	2-3 giorni prima
da 30 a 50	2-3 giorni prima	4 giorni prima

<b>Se il paziente dimentica una dose applicare la Regola delle 6 ore</b>	
Dose dimenticata da < 6 h :	Dose dimenticata da < 6 h :
“ “ da > 6 h :	“ “ da > 6 h :

Switch terapeutico :	
Da Warfarin a NAO:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dabigatran quando INR &lt; 2</li> <li>• Rivaroxaban quando INR &lt;3</li> </ul>
Da NAO a Warfarin:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dabigatran: Iniziare Warfarin 3 gg (se Cl Cr &lt;50 ml/min) o 2 giorni ( se ClCr 30-50 Cl Cr ml/min) prima della sospensione di Dabigatran</li> <li>• Rivaroxaban: Somministrare assieme i 2 farmaci sino ad INR =/&gt;2</li> </ul>
Da EBPM o Fondaparinux a NAO :	Somministrare NAO 2 h prima della dose prevista del farmaco parenterale
Da NAO ad EBPM o Fondaparinux:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dabigatran : il farmaco parenterale va somministrato dopo 10-12 ore dall'ultima somministrazione dell'anticoagulante</li> <li>• Rivaroxaban : il farmaco parenterale va somministrato dopo 24 ore dall'ultima somministrazione dell'anticoagulante</li> </ul>

Interazioni farmacologiche:		
Farmaci da usare con cautela (valutando il rischio emorragico):	Farmaci non raccomandati :	Farmaci controindicati :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chinidina,</li> <li>• amiodarone,</li> <li>• claritromicina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• posiconazolo,</li> <li>• rifampicina,</li> <li>• carbamezepina,</li> <li>• fentoina,</li> <li>• farmaci antivirali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketoconazolo,</li> <li>• itraconazolo,</li> <li>• tacrolimus,</li> <li>• cyclosporine,</li> <li>• dronedarone</li> </ul>

**Possibili candidati a trattamento con i NAO:**

Pazienti non coagulati e che hanno necessita di trattamento anticoagulante.  
 Pazienti che hanno avuto un evento emorragico maggiore.  
 Pazienti che hanno presentato stroke embolico in corretto range terapeutico con Warfarin.  
 Dati recenti sembrano, inoltre, confermare un possibile ed efficace utilizzo dei NAO in corso di sindrome coronarica acuta, dopo CVE o dopo procedura ablativa.

**Conclusioni**

I NAO confrontati con Warfarin sembrano essere efficaci nella prevenzione dello stroke embolico senza determinare un incremento dei fenomeni emorragici. Sicuramente miglioreranno la compliance al trattamento anticoagulante non essendo necessario il periodico e talora ravvicinato controllo dello stato coagulativo. Con l'utilizzo dei NAO si potrà così avere una riduzione dell'incidenza dello stroke embolico con tutte le sue ricadute gestionali (... anche economiche) in caso di disabilità. La raccomandazione più importante per un corretto utilizzo dei NAO è, però, di selezionare il paziente da trattare valutando attentamente il suo profilo di rischio e di tolleranza al trattamento stesso.

Risk factor	Score
Congestive heart failure/LV dysfunction	1
Hypertension	1
Age ≥75	2
Diabetes mellitus	1
Stroke/TIA/thrombo-embolism	2
Vascular disease <sup>a</sup>	1
Age 65-74	1
Sex category (i.e. female sex)	1
<b>Maximum score</b>	<b>9</b>

(c) Adjusted stroke rate according to CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc score		
CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc score	Pazienti (n = 7329)	Adjusted stroke rate (/1year) <sup>b</sup>
0	1	0%
1	422	1.3%
2	1230	2.2%
3	1730	3.2%
4	1718	4.0%
5	1159	6.7%
6	679	9.8%
7	294	9.6%
8	82	6.7%
9	14	15.2%

HAS-BLED Score		HEMORR <sub>2</sub> HAGES Score	
Clinical Characteristic	Score	Clinical Characteristic	Score
H Hypertension	1	H Hepatic or renal disease	1
A Abnormal renal or liver function (1 each)	1 or 2	E Ethanol abuse	1
S Stroke	1	M Malignancy	1
B Bleeding	1	O Older age (> 75 years)	1
L Labile INR	1	R Reduced platelet count or function	1
E Elderly age (> 65 years)	1	R Rebleeding risk	2
D Drugs or alcohol (1 each)	1 or 2	H Hypertension (uncontrolled)	1
		A Anemia	1
		G Genetic factors	1
		E Excessive fall risk	1
		S Stroke	1

Winters R, et al. Chest. 2010;138:1093-1100.  
 Gage BJ, et al. Am Heart J. 2006;151:713-719.

Score di rischio per soggetti con FA non valvolare : il CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc per il calcolo del rischio embolico ed HASBLED edHEMORR<sub>2</sub>HAGES per il calcolo del rischio emorragico.



Dott. Mauro Larcher.

## Ipertensione e diabete: un matrimonio che non s'ha da fare

di Mauro Larcher - Presidente ARCA TAA

**I**pertensione e diabete rappresentano due tra i maggiori fattori di rischio cardiovascolare, spesso sono causa di infarto miocardico e di ictus cerebrale.

Ancora oggi la più frequente causa di morte (quasi il 50% dei decessi) è rappresentata proprio da patologie a carico del sistema cardiocircolatorio. Si calcola che negli USA vivano circa 50 milioni di ipertesi e più di 10 milioni di diabetici. In Europa negli ultimi 5 anni la prevalenza di diabete è aumentata del 27% e aumenterà ulteriormente nei prossimi quinquenni. Oltre il 30% della popolazione adulta italiana è affetta da ipertensione arteriosa e circa il 10% da diabete mellito, il 2% presenta entrambe le malattie.

Tali affezioni peggiorano la qualità e l'aspettativa di vita: un diabetico ha un rischio di mortalità 2,5 volte superiore a un soggetto sano ed un diabetico iperteso ben sette volte superiore a un soggetto sano. Tutto questo comporta dei costi rilevanti per il Sistema Sanitario Nazionale che impegna oltre 10 miliardi di euro l'anno per l'assistenza ai diabetici e più del doppio

se computiamo anche le cure agli ipertesi.

In Italia vivono oltre 12 milioni di ipertesi (la cifra corretta è mal valutabile), un terzo dei quali nemmeno sa di esserlo. Dei pazienti consapevoli solo poco più della metà sono sottoposti a terapia farmacologica e dei soggetti trattati meno della metà raggiunge i target prefissati.

Recentemente la definizione di glicemia normale è stata abbassata al di sotto di 99 mg/dl e i valori pressori ritenuti ottimali stanno sotto il valore di 120/80 mmHg. Si definisce iperteso lieve il paziente con una sistolica tra 140 e 159 mmHg e una diastolica tra 90 e 99 mmHg; l'iperteso moderato ha una sistolica tra 160 e 179 mmHg e una diastolica tra 100 e 109 mmHg, è iperteso grave chi ha valori superiori a 180/110 mmHg. All'interno di ciascuna delle tre fasce di ipertensione si individuano dei sottogruppi di rischio rispettivamente basso, medio, elevato o molto elevato in relazione alla contemporanea presenza di altri fattori di rischio quali diabete, ipercolesterolemia e fumo.

È sufficiente la compresenza di ipertensione lieve e diabete per determinare un rischio elevato.

Per rischio cardiovascolare si intende la probabilità di andare incontro ad eventi cardiovascolari maggiori nei successivi 10 anni di vita. Il rischio è basso se inferiore al 5%, leggero tra 5 e 10, moderato tra 10 e 20, alto tra 20 e 40, molto alto se superiore al 40%.

Le carte del rischio cardiovascolare consentono di visualizzare e quantificare il rischio di ciascun pazien-



te in base al numero ed alla gravità dei diversi fattori presenti.

Ipertensione e diabete sono malattie che hanno in comune predisposizione genetica (da cui la familiarità) e fattori acquisiti quali scarsa attività fisica e dieta troppo ricca in sodio e glucidi.

I diversi fattori di rischio sono spesso interdipendenti.

L'iperglicemia può determinare aumento della pressione arteriosa attraverso: 1) ritenzione di sodio ed acqua a livello renale con conseguente aumento del volume ematico circolante, 2) aumentata risposta all'angiotensina renale il cui compito è determinare vasocostrizione, 3) riduzione della secrezione endoteliale di ossido nitrico necessario a mantenere la normale elasticità vasale.

A sua volta l'ipertensione provoca insulinoresistenza cioè impedisce ai tessuti di utilizzare a scopo energetico il glucosio circolante; ne consegue un circolo vizioso per cui ipertensione e diabete si aggravano a vicenda e insieme provocano alterazioni anatomiche e funzionali della parete delle arterie che vanno incontro progressivamente a processi di aterosclerosi i quali a livello dei piccoli vasi cau-

sano nefro e retinopatia e a livello di quelli di maggior calibro eventi acuti quali infarto miocardico ed ictus cerebrale.

La prevenzione di questi eventi passa attraverso il controllo cadenzato dei valori di glicemia basale e post prandiale e della pressione arteriosa, ma più ancora attraverso l'attuazione sistematica di un corretto stile di vita. In presenza di un paziente diabetico ed iperteso si dovranno instaurare anzitutto misure igieniche di vita appropriate quali la cessazione del fumo di sigaretta, una dieta congrua povera di zuccheri (in particolare quelli complessi), povera di grassi animali e povera di sodio (sale da cucina, insaccati e alcuni latticini) e ricca invece di fibre vegetali e di acqua; necessaria un'attività fisica costante e proporzionata alle condizioni generali del soggetto. Se ciò non bastasse a normalizzare i livelli pressori e quelli glicemici si rende necessaria l'assunzione di terapia farmacologica. Oggi sono disponibili ipoglicemizzanti orali ben tollerati e molto efficaci nella maggior parte dei diabetici, l'insulina viene in soccorso qualora questi risultassero comunque insufficienti; sull'altro versante l'associazione di classi farmacologiche antipertensive diverse consente di controllare e portare a target quasi tutti gli ipertesi purchè venga assicurata l'aderenza del paziente all'assunzione dei farmaci prescritti.

Considerando che la maggioranza dei fallimenti terapeutici è dovuto alla mancata assunzione dei farmaci (l'OMS ha dato vita ad un programma specifico per affrontare il problema) il compito fondamentale del medico non è solo quello di consigliare la miglior terapia possibile ma anche e forse soprattutto quello di controllare che questa venga assunta correttamente e con costanza.

## Provincia di Trento, 1981-2011

# Interruzioni volontarie di gravidanza

di Silvano Piffer, Riccardo Pertile, Mariangela Pedron  
del Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa APSS

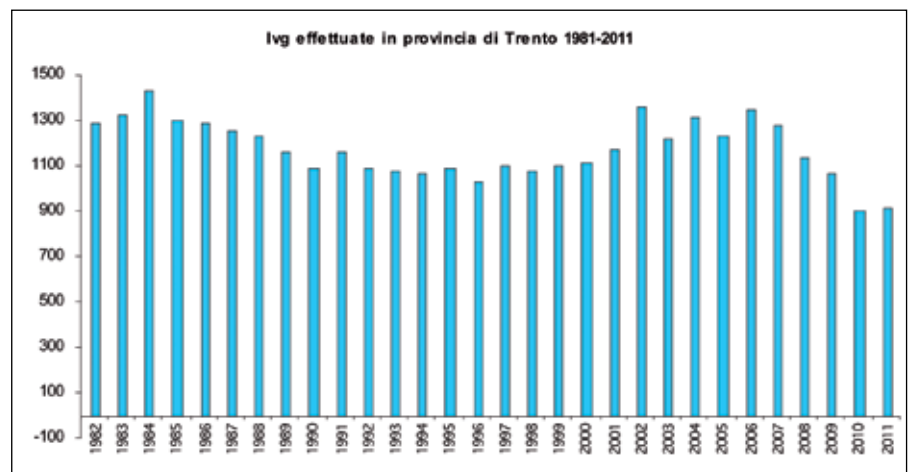
L'approvazione della Legge 194/78 "Norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza" ha comportato l'istituzione di un sistema informativo finalizzato alla registrazione degli interventi di interruzione volontaria della gravidanza (ivg) anche con gli obiettivi finali di contrastare la pratica dell'aborto clandestino e favorire il ricorso alla maternità/paternità consapevole.

Il flusso dati, attivato presso ogni struttura ostetrico-ginecologica pubblica/privata è rientrato fin dall'inizio della registrazione, tra le rilevazioni ISTAT (modello ISTAT D12). Le regioni/province autonome hanno il compito di raccogliere i dati per il proprio ambito geografico e di inoltrarli alle strutture centrali (ISTAT-Istituto Superiore di Sanità). Su questa base, ogni anno, il Ministro della Salute, appronta una relazione per il parlamento. Ogni realtà regionale ha peraltro l'opportunità di diffondere e valorizzare i propri dati nei confronti delle diverse parti interessate nel proprio ambito



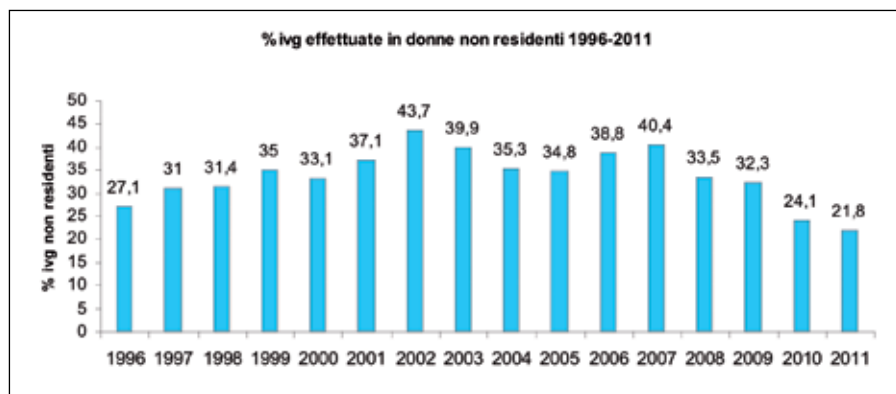
Dott. Silvano Piffer.

Questo breve articolo riporta l'evoluzione degli interventi di ivg praticati presso gli istituti di cura della provincia di Trento nel periodo 1981-2011, prendendone in considerazione alcune caratteristiche fondamentali. Per chi volesse avere una valutazione relativa in modo specifico alle donne residenti in trentino (ovunque abbiano praticato l'ivg) può prenderne visione nel sito dell'APSS ([www.apss.tn.it](http://www.apss.tn.it)) alla voce Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa.



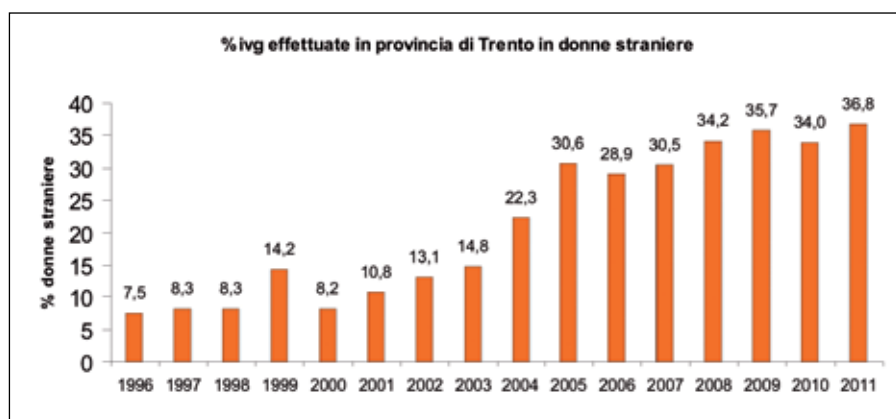
Considerando il numero assoluto degli interventi praticati, si registra un picco nel 1984 con 1.444 interventi con un calo seguente fino ad un picco di minima nel 1996 ed una crescita successiva fino ad un nuovo picco nel 2002. Dal 2006 si registra una riduzione costante. Confrontando gli anni estremi:

2011 vs. 1981 si registra un calo in termini assoluti del 28,4%. Il decremento registrato in provincia di Trento è coerente con il dato nazionale seppure questo risulti di entità maggiore. Di per sé, si può quindi dire che la legge 194/78 abbia consentito di “prevenire” una quota non piccola di ivg.



L'accesso presso le strutture sanitarie provinciali di donne residenti da fuori provincia (specialmente dall'Alto Adige, Veneto e Lombardia), richiamate dalla disponibilità delle strutture locali, ha sempre rappresentato un fenomeno rilevante che raggiunge il suo picco nel 2002. Dal 2008

gli accessi da fuori provincia registrano una riduzione costante. Va considerato che il Trentino ha sempre “importato” più casi di ivg rispetto a quanti (tra le residenti) ne abbia esportati nelle regioni vicine. Grosso modo, per ogni caso residente esportato, ne importa 3 da fuori provincia.



Il ricorso all'ivg di donne con cittadinanza straniera (residenti o non residenti in provincia) è risultato documentabile in modo valido solo a partire dal 1996. L'incremento è stato rilevante ed è collegabile ai flussi migratori diventati consistenti a partire dalla metà degli anni '90. Tali flussi hanno riguar-

dato in modo cospicuo donne in età fertile, provenienti in particolare dall'est Europa e dal Magreb. Il trend provinciale relativo alle donne con cittadinanza straniera è sovrapponibile al trend nazionale. Questa situazione ha reso quanto mai necessario l'avvio di programmi nazionali e locali finalizzati a

## Recensione

### “IO...DOPO”

di Gios Bernardi

Un suggerimento ai colleghi, specie ai più giovani che sono la nostra speranza: la lettura di un piccolo libro tascabile (143 pagine) di Lorenzo Spaggiari, che riporta fedelmente alcune **storie** autografe di pazienti **adolescenti con gravi patologie oncologiche** e di come le hanno affrontate e combattute.

Spaggiari è professore di Chirurgia Toracica all'Università di Milano e direttore della rispettiva divisione all'Istituto Europeo di Oncologia.

Presentazione di Umberto Veronesi e articolata postfazione di Lucio Sarno, professore ordinario di psicologia clinica sempre a Milano.

Ho avuto l'opportunità di seguire Spaggiari nell'assistenza ad alcuni pazienti con patologie gravi e di intrecciare così una collegiale amicizia. Ne apprezzo l'eccezionale talento e dedizione chirurgiche, ma anche il modo di dialogare con i suoi pazienti: diretto e assolutamente franco, ma anche carico di umana e semplice simpatia.

Questo breve libro, di chirurgica essenzialità, descrive come alcuni ammalati, adolescenti o poco più, vivono e affrontano con coraggio, da veri guerrieri, la lotta per la vita in una malattia che entra con violenza nella loro giovinezza e spezza inesorabilmente tutto. Descrive come vivono la difficile quotidianità ospedaliera e come sanno comprendere con immediata e sorprendente lu-

cidità le spiegazioni fornite dai medici; ma soprattutto indica come il medico può stare loro vicino con attenta professionalità ma anche con sincera e umana partecipazione.

Sarà perché ho sempre considerato (ancora da quando ero presidente di questo Ordine) fondamentale l'attenzione al rapporto medico-paziente: rapporto rassicurante per il paziente, talvolta terribile ma decisamente gratificante per chi ha scelto questa professione. Rapporto oppure, se vogliamo, attenzione che va ricercata soprattutto oggi, quando il medico può essere spesso indotto a una visione freddamente strumentale del paziente piuttosto che all'opportunità di un franco colloquio o di una calda stretta di mano.

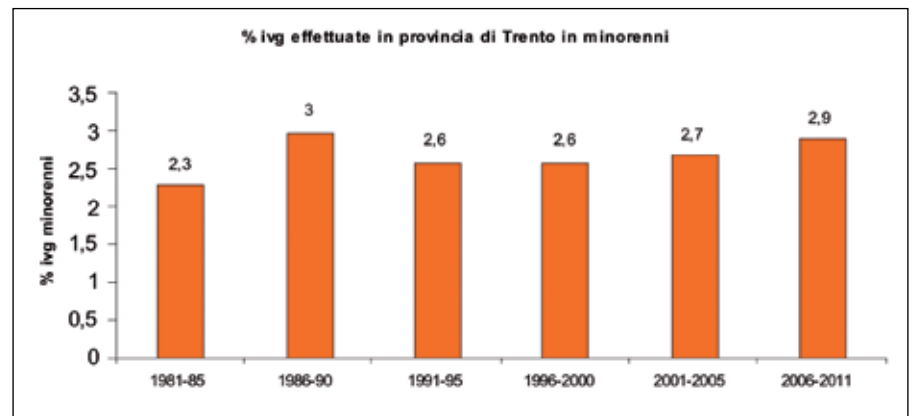
Spaggiari nel prologo assegna al libro lo scopo di "far emergere i sentimenti, i valori che si manifestano in queste lotte per la vita" e ancora l'ambizione di "spiegare ai coetanei di questi giovani, in un momento in cui mancano i punti di riferimento, il senso della vita, proprio quando questa ti sta sfuggendo".

Da parte mia aggiungerei un ulteriore scopo-ambizione: quella di sollecitare una forte attenzione etica capace di indurre noi medici a parlare con i nostri pazienti, a cercare di vedere e di imitare l'umiltà di questo chirurgo che, anche se stanco e preoccupato, riesce "a passare un po' di tempo seduto sul divanetto della camera del giovane ammalato".

*"Io ... dopo", di Lorenzo Spaggiari e i suoi giovani pazienti, con prefazione di U. Veronesi e postazione di L. Sarni, Il Pensiero Scientifico Editore, Euro 10.*

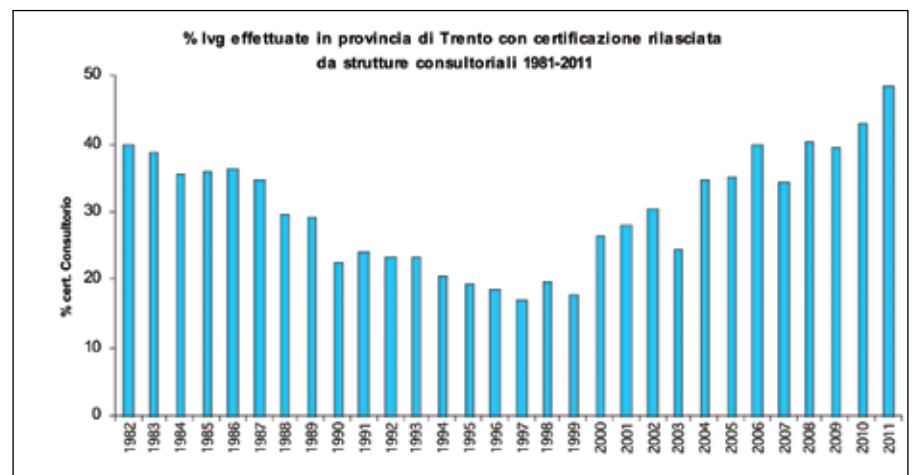
controllare il fenomeno in questo sottogruppo di popolazione a maggiore vulnerabilità e che pre-

senta un rischio di ivg stimabile in circa tre volte rispetto a quello delle donne di cittadinanza italiana.



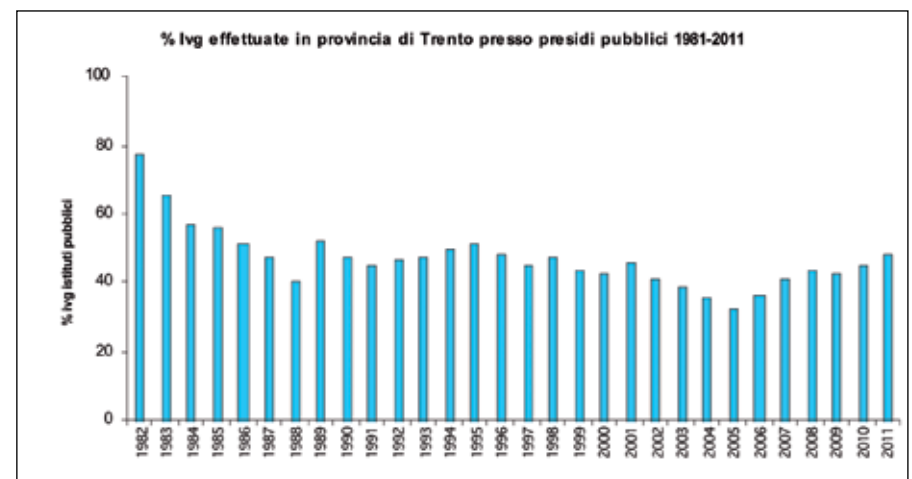
L'andamento nelle minorenni risulta molto contenuto e sostanzialmente costante. Il dato trentino risulta sovrapponibile al dato nazionale. Dal 2001 si registra

peraltro un leggero e costante incremento di casi che non appare comunque statisticamente significativo.



La legge 194/78 ha collocato le strutture consultoriali in una posizione strategica rispetto alla "ge-

stione" ed anche al "controllo" del fenomeno ivg. Dagli anni 2000 il peso delle strutture consultoriali



nella certificazione è andato aumentando, grazie anche al maggiore sviluppo di tali strutture sul territorio. Gli ultimi dati provinciali risultano sostanzialmente sovrapponibili, se non maggiori, rispetto ai dati nazionali. La certificazione da parte delle strutture consultoriali consente – grazie anche all’offerta alle donne di un controllo “post-ivg”- la presa in carico della donna stessa con la possibilità di valutare una scelta consapevole in tema di pianificazione familiare.

Le donne che si rivolgono alle strutture consultoriali per la certificazione sono tendenzialmente più giovani, con bassi livelli di reddito e di istruzione ed in particolare modo più frequentemente di cittadinanza straniera

Con l’eccezione dei primi anni ’90, la maggior parte degli interventi di

ivg è stata assicurata in provincia di Trento dalle strutture private. Dal 2006, la proporzione di interventi nel settore pubblico è andata peraltro aumentando e nel 2011 si ripartiscono sostanzialmente a metà con il settore privato. Le strutture pubbliche che allo stato attuale offrono questo servizio sono le U.O. di ostetricia di ginecologia degli ospedali S.Chiera di Trento, di Rovereto e di Cavalese. L’approccio all’intervento resta nella maggior parte dei casi di tipo chirurgico; il trattamento farmacologico secondo la RU486 è stato offerto a partire dal 2006 ed attualmente si continua a praticare solo presso l’U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell’ospedale S.Chiera di Trento. Nel 2011 ha interessato comunque solo il 4,5 degli interventi di interruzione.

La proporzione di interventi con complicanze acute è risultata costantemente bassa; nell’ultimo decennio riguarda meno dello 0,5% degli interventi e sono rappresentate soprattutto da sequele emorragiche.

La proporzione di ginecologi obiettori in provincia di Trento ha manifestato nel periodo 1981-2011 un debole trend crescente, mentre per quanto riguarda gli anestesisti ed il personale sanitario non medico, il trend risulta sostanzialmente stabile. Nella tabella è presentata la situazione provinciale al 2011 e per confronto i dati nazionali al 2010. La proporzione di obiettori in provincia di Trento consente una maggiore applicabilità della L.194/78 rispetto a quanto sia oggi possibile a livello nazionale.

Anno	Ambito	% Ginecologi obiettori	%Anestesisti obiettori	% Personale sanitario non medico obiettore non medico
2011	<i>Provincia di Trento</i>	58,3	36,0	19,5
	<i>Italia -2010</i>	69,3-	50,8-	44,7-

## CONVENZIONE PER TUTELA LEGALE

### Remunerazione medici specializzati

L’Ordine dei Medici di Trento ha aderito al progetto convenzionale Servizi e Tutela legale di Consulcesi per l’assistenza legale ai propri iscritti nei ricorsi relativi alle mancate o parziali remunerazioni e coperture previdenziali dei medici specializzati tra gli anni 1982/1991 e 1994/2006, oltre ad altri vantaggi di varia natura. Ricordando che i ricorsi possono essere intentati anche da specializzandi all’epoca già in attività lavorativa dipendente, si invitano gli interessati a consultare la presentazione sintetica del progetto nel **sito web dell’Ordine** e contattare eventualmente la segreteria.

## I PROFESSIONISTI E LA CRISI DEL PAESE

Nell’ambito del “Festival delle professioni”, in programma a Trento **dal 17 al 19 ottobre 2013**, venerdì 18 ottobre, alle 10, convegno al Palacongressi del MUSE sul tema “I professionisti e la crisi del sistema Paese”. Tra le relazioni, che interessano anche gli iscritti al nostro Ordine professionale: “Previdenza, Lavoro e il principio dei vasi comunicanti”, di Andrea Camporese, Presidente Adepp. “Essere un giovane odontoiatra ieri. Io e il mio futuro”, di Alberto Bertelle. “Essere un giovane odontoiatra oggi. Io e il mio futuro”, di Dimitri Boatta. Programma completo: <http://www.festivaldelleprofessioni.it>

La salute dei Trentini

## I meno sedentari d'Italia ma con maggiore spesa sanitaria

di Silvano Piffer (con il coordinamento centrale di "Osserva Salute")

*Pubblichiamo la scheda predisposta dal dott. Silvano Piffer per l'Osservatorio Nazionale per la Salute nelle regioni italiane.*

**N**ella provincia autonoma (PA) di Trento vivono le persone meno sedentarie in Italia, infatti la PA vanta la più bassa percentuale di persone che non praticano alcuno sport: il 13,5% della popolazione dai 3 anni in su. In negativo, invece, si segnala che la PA di Trento ha registrato il maggior aumento di spesa sanitaria procapite sia dal 2010 (+6,25% a fronte di un aumento medio italiano del +1,09%), sia dal 2005 (+28,96% a fronte di un aumento medio italiano del +12,59%).

Sono alcuni dei dati che emergono dalla decima edizione del **Rapporto Osservasalute (2012)**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata oggi all'Università Cattolica. Pubblicato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane che ha sede presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e coordinato dal Professor Walter Ricciardi, direttore dell'Osservatorio e del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", il Rapporto è frutto del lavoro di 184 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici e economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di

Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

Nella PA di Trento si registra un **saldo medio annuo** nel biennio 2010-2011 pari a 8,9 per 1.000 residenti per anno – come lo scorso anno il maggiore in Italia (media nazionale di 4,2 per 1.000).

La PA di Trento presenta un tasso di **fecondità totale** (ovvero il numero medio di figli per donna) pari a 1,59 figli per donna (1,47 figli per le italiane; 2,21 figli per le straniere) contro un valore medio italiano, che comprende donne italiane e straniere, di 1,39 figli – dati 2011. Nella PA di Trento l'età media delle donne al parto è pari a 31,5 anni (età media nazionale 31,4 anni).

Quest'anno il Rapporto osserva anche il livello di istruzione medio dei residenti, che ha un impatto indiretto sulla salute dei cittadini visto che a titoli di studio più elevati corrispondono in media condizioni socio-economiche migliori e una tendenza maggiore a sposare stili di vita salutari. Nella PA di Trento la percentuale della popolazione di età 25-64 anni con un titolo di studio (2011) di diploma di 4-5 anni è pari al 29,7% per i maschi (media italiana 34,0%), al 31,9% per le femmine, (media italiana 33,3%), nella PA di Trento ha conseguito la laurea il 15,6% degli uomini (media italiana 13,4%) ed il 17,5% delle donne (media italiana 16,4%).

### ANZIANI

Nella PA di Trento nel 2011 il 9,6% dei cittadini ha tra 65 e 74 anni (+1,5% dal 2005), a fronte di una media nazionale del 10,2%, mentre le persone con 75 anni ed oltre sono il 9,7% della popolazione regionale (+1,9% dal 2005), a fronte





di una media nazionale del 10,1%. **Anziani che vivono soli** - La percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola nella PA di Trento (dati 2010) è pari al 14,1% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 15,1%), al 41% delle femmine (valore medio italiano 37,6%), per un totale del 29,8% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 28,1%.

La quota di persone anziane che vivono sole sul totale della popolazione della stessa fascia di età rappresenta un prezioso indicatore in sede di programmazione dei servizi territoriali di tipo socio-sanitario. Il motivo è che gli anziani che vivono soli sono maggiormente esposti al rischio di emarginazione sociale e, data l'età, all'insorgenza di patologie gravi e invalidanti che possono portare al confinamento e, comunque, alla necessità di assistenza socio-sanitaria anche nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

### SPERANZA DI VITA

Nella PA di Trento la speranza di vita alla nascita è per i maschi pari a 80 anni (media italiana 79,4). Per le femmine la speranza di vita alla nascita è pari a 85,5 anni (valore medio italiano 84,5).

### MORTALITÀ

Nella PA di Trento la **mortalità complessiva** (per tutte le cause) oltre il primo anno di vita è pari

a 107,32 per 10.000 abitanti tra i maschi (2009), contro una media nazionale di 109,41 per 10.000, mentre è pari a 60,72 per 10.000 tra le donne – tasso minore in Italia (contro una media nazionale di 69,31 per 10.000).

Per quanto riguarda i tassi di **mortalità per alcune cause** (2009) la PA di Trento presenta, nella classe di età 19-64 anni, una mortalità per tumori tra i maschi pari a 9,49 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 10,53 per 10.000) e una mortalità per malattie del sistema circolatorio di 5,3 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 5,54 per 10.000). Tra le femmine la mortalità per tumori è pari a 7,64 per 10.000, (vs un valore medio nazionale di 7,93 per 10.000) e la mortalità per malattie del sistema circolatorio di 1,64 per 10.000 (vs un valore medio nazionale di 1,84 per 10.000).

### STILI DI VITA

**Fumo** - La PA di Trento presenta una quota di non fumatori pari al 55% (anno 2011) della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (media nazionale 52,7%). Nella PA di Trento fuma il 17,8% della popolazione regionale di 14 anni ed oltre (valore medio nazionale 22,3%). La PA di Trento ha una quota di ex-fumatori del 23,8% (23,4% valore italiano).

**Consumo di alcool** - La PA di Trento fa registrare i seguenti valori: nel 2010 presenta una quota di non consumatori pari al 32,9% a

fronte di un valore medio nazionale del 32,7%. I consumatori sono il 66%, a fronte di un valore medio nazionale del 65,7%.

Infatti la prevalenza di consumatori a rischio di 11-18 anni (ovvero quei giovani che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio relativamente al consumo di alcool, come l'eccedenza quotidiana o il binge drinking) è pari all'8% dei maschi – percentuale minore in Italia (valore medio italiano 15,2%). La prevalenza di consumatori a rischio di 19-64 anni è pari al 35,3% dei maschi (valore medio italiano 21,5%) e all'8,7% delle femmine (valore medio italiano 5,4%). Il totale dei consumatori a rischio è 22,3% degli individui in questa fascia d'età (valore medio italiano 13,4%).

### DIETA, PESO E SPORT

Quanto alle **abitudini alimentari** nella PA di Trento il 6% della popolazione consuma in media le 5 o più porzioni di verdura, ortaggi e frutta al dì, a fronte di una media nazionale del 4,9%.

**Obesità e sovrappeso** - La PA di Trento presenta una percentuale di obesi pari al 6,4% dei cittadini - percentuale minore in Italia, come lo scorso anno (persone di 18 anni e oltre), a fronte di un valore medio italiano del 10% e una percentuale di individui in sovrappeso pari al 33,4%; il valore medio nazionale è il 35,8%.

Per quanto riguarda la **pratica di sport** nella PA di Trento il 28,7% della popolazione dai 3 anni in su pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 21,9%; il 40% fa qualche attività fisica (valore medio nazionale 27,7%). Nella PA di Trento coloro che non svolgono alcuno sport sono il 13,5% della popolazione - percentuale minore in Italia, a fronte di una media nazionale 39,8%.

## SALUTE MENTALE

Nella PA di Trento si registra un consumo di antidepressivi pari a 33,62 dosi definite giornaliere per 1.000 abitanti nel 2011. A livello nazionale il consumo medio è di 36,10 DDD/1.000 ab die.

Nella PA di Trento il tasso standardizzato di suicidio è pari al 8,4 per 100.000, a fronte di un valore medio nazionale di 7,23 per 100.000 fra i soggetti con 15 anni ed oltre.

## SALUTE MATERNO INFANTILE

**Organizzazione dei punti nascita** – Nel 2010 nella Regione il 19,18% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività inferiore a 500 parti annui, contro una media nazionale del 7,37%; il 25,24% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 500 e 799 parti annui (14,83% il valore medio nazionale) e nessun parto (contro il 9,62% italiano dei parti) è avvenuto in punti nascita con un volume di attività compreso tra 800 e 999 parti annui. Infine il 55,58% dei parti è avvenuto in punti nascita con un volume di attività superiore a 1.000 (68,19% il valore medio nazionale).

Gestione dei parti con Taglio Cesareo (TC): la PA di Trento presenta una quota di TC pari al 27,62% sul totale dei parti nel 2010, contro la media nazionale di 38,71%.

## SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Passando all'analisi sulla "salute" del Servizio Sanitario Regionale emerge tra le performance economico-finanziarie che nel 2009 nella PA di Trento il **rapporto spesa/PIL** è pari al 6,17% (valore medio italiano 7,22%).

La **spesa sanitaria pro capite** nella PA di Trento nel 2011 è pari a 2.209 euro, a fronte di una spesa media nazionale di 1.851 euro. Sempre nel 2011 la PA di Trento



ha un avanzo procapite di 5 euro (dato medio italiano 29 euro). La PA di Trento presenta inoltre un disavanzo procapite cumulato pari a 139 euro dal 2002 (dato medio italiano 608 euro).

## CONSUMO DI FARMACI

Per quanto riguarda il **consumo territoriale di farmaci** a carico del SSN (espresso in termini di "DDD/1.000 ab die", cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti), nel 2011 la PA di Trento presenta un consumo di 837 DDD/1.000 ab die, a fronte di un valore medio nazionale di 963. Sempre nel 2011 la **spesa pro capite per consumo di farmaci** a carico del SSN nella PA di Trento è pari a 162,2 euro (la media nazionale di 204,3 euro).

Nella PA di Trento il dato sull'utilizzo di **farmaci a brevetto scaduto** sul totale delle DDD prescritte è pari al 54,5% del totale dei consumi (dati aggregati con la PA di Bolzano), contro una media nazionale del 55,7%. La spesa per questi farmaci è pari al 31,2% (dati aggregati con la PA di Bolzano) della spesa totale (valore medio nazionale 32,2%).

## ASSISTENZA OSPEDALIERA

Gestione dell'assistenza ospedaliera: la PA di Trento presenta un **tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere** (ovvero in regime ordinario e in Day Hospital) di 176,5 per 1.000 nel 2010; il valore medio nazionale è pari a 172,4 per 1.000.

Per il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario la PA di Trento ha un valore pari a 115,5 per 1.000 (2010), a fronte di un valore medio italiano pari a 122,2 per 1.000. Infine il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è pari a 60,9 per 1.000, mentre la media nazionale è di 50,2 per 1.000.

Nel 2010 la PA di Trento presenta una **Degenza Media Preoperatoria** standardizzata pari a 1,76 giorni, a fronte di una media nazionale di 1,88. Questo parametro è indice di efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici.

**Gestione delle fratture del collo del femore** - La frattura del collo del femore (evento frequente nella popolazione anziana) è un ottimo modo per valutare la qualità dell'assistenza ospedaliera in quanto, se non trattata a dovere, può causare il peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Infatti, diversi studi hanno dimostrato che lunghe attese per l'intervento per questa frattura corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, aumento delle complicanze legate all'intervento e minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale. Nella PA di Trento ben il 34,6% (dato 2010) dei pazienti che hanno riportato tale frattura è ope-

rato entro 2 giorni (valore medio italiano di 35,1%).

**Mortalità evitabile** – Si tratta di un altro indicatore di performance del SSR. Il concetto di mortalità evitabile per cause riconducibili ai servizi sanitari o *Amenable Mortality* (AM) è potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non si verificherebbero in condizioni di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per cui esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire le "morti premature". Nel periodo considerato nel Rapporto, tra 2006 e 2009, si è assistito ad una riduzione elevata del tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari: si è passati, difatti, dal 61,07 per 100.000 (valore medio italiano 63,86 per 100.000) del 2006 al 50,97 – tasso minore in Italia (per 100.000) del 2009 (valore medio italiano 61,69 per 100.000).

**Performance del Ssr** – Sul fronte delle performance emerge che la PA di Trento ha un livello medio-alto di efficienza, (si noti che la componente dell'efficienza considerata nel Rapporto si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio), alto di efficacia, laddove per efficacia si intende il grado con cui i beni e servizi erogati dal SSR alla popolazione portano migliorano la salute dei cittadini. L'efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute delle persone che sono strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

È medio-alto anche il livello di appropriatezza (parametro riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse di-

sponibili ed ai risultati auspicabili) nella PA di Trento. Medio-alto anche il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema da parte dei cittadini residenti, ovvero rispettivamente il livello di gradimento o di scontento dei cittadini verso il sistema sanitario e la facilità con cui i servizi sanitari sono raggiungibili da chi ne ha bisogno (la facilità o difficoltà di accesso possono essere di tipo fisico, finanziario o psicologico. Con tale dimensione della performance si valuta quindi la capacità del sistema di organizzare adeguatamente l'offerta dei servizi, in base alla possibilità degli utenti di ottenere le cure nel luogo giusto ed al momento giusto).

## CONCLUSIONI

I soddisfacenti dati sugli stili di vita confermano un quadro che è sostanzialmente tale, anche in riferimento alla media nazionale, dalla metà degli anni '90. Se ne differenzia in negativo solo per il consumo di alcol ed in particolare per l'entità dei consumatori a rischio, aspetto che peraltro va visto nel particolare contesto culturale, sociale e produttivo che accomuna il Trentino alle altre realtà di montagna. Certamente vanno comunque rafforzati gli sforzi informativi e di sensibilizzazione nei confronti dei più giovani. Tra gli stili di vita va anche ricompreso il soddisfacente profilo di consumo di farmaci che si ripercuote favorevolmente sulla spesa totale e procapite. Anche per gli aspetti inerenti gli stili di vita, va giudicato soddisfacente l'impatto sulla mortalità generale, sulla mortalità per causa specifica e sulla speranza di vita.

La forma di autonomia di cui gode la provincia autonoma di Trento

ha consentito maggiori investimenti sul sistema salute rispetto alla media italiana, espandendo in particolare i servizi ed i benefici a favore dei residenti, oltre i termini previsti dai LEA nazionali. Un aspetto peculiare di tali servizi aggiuntivi è rappresentato – a titolo di esempio - dalla legge quadro provinciale sull'odontoiatria ed in particolare sulla prevenzione/assistenza odontoiatrica per l'infanzia. Dallo scorso anno si sta comunque programmando una revisione della spesa con interventi di ottimizzazione a valere per l'amministrazione provinciale e i servizi forniti dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, azienda sanitaria unica della provincia autonoma di Trento. Questo dovrebbe portare, attraverso un piano di miglioramento aziendale che è in progress, alla revisione dei criteri di offerta ospedaliera: passaggio di prestazioni da ricovero ordinario a ricovero in day hospital/surgery, passaggio di prestazioni da ricovero in day hospital/surgery a prestazioni ambulatoriali. In questo quadro dovrebbe anche essere rivista la distribuzione dei punti nascita posto però che questa andrebbe valutata in base alle specifiche caratteristiche orografiche della provincia. E' di conforto la valutazione sull'efficienza e sull'efficacia della gestione ospedaliera, testimoniata dai dati sulla degenza media, sulla gestione delle fratture del collo del femore e sulla mortalità evitabile attribuibile all'azione dei servizi sanitari. Riuscire a coniugare riqualificazione della spesa ed efficacia della riposta sanitaria non è semplice anche se i dati disponibili stimolano a proseguire in questa direzione.

*Per ulteriori approfondimenti contattare il dott. Silvano Piffer*  
Direttore Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa APSS – Trento  
Silvano.piffer@apss.tn.it - 0461 904638/39

# Medicina del territorio

## 25 aggregazioni da ventimila utenti

a cura di Fabrizio Zappaterra

**F**acendo seguito al decreto di riforma Balduzzi, convertito con la legge n. 189 dell'8 novembre 2012, il 12/09/2013 è stato firmato dall'assessore alla Salute e alle Politiche Sociali, Ugo Rossi; dal Direttore Generale dell'A.P.S.S., Luciano Flor; e dai rappresentanti sindacali della Medicina Generale un accordo provinciale per i medici di medicina generale. Modifica l'Accordo provinciale del 17 aprile 2007. Il nuovo testo prevede la costituzione, entro il 2017, di 25 aggregazioni funzionali territoriali (AFT), ognuna con un bacino d'utenza di circa ventimila abitanti. L'accordo è già stato ratificato dalla Giunta Provinciale. Proponiamo qui alcune parti di interesse generale.

[omissis]

### Articolo 28 bis - Aggregazioni funzionali territoriali (AFT)

#### A - Funzioni e compiti

I medici di assistenza primaria, sia associati che non associati, ed i medici di continuità assistenziale (supplenti e titolari) partecipano obbligatoriamente ad aggregazioni funzionali territoriali secondo l'art. 26 bis dell'ACN, assicurando, tramite gli incentivi declinati all'art. 25, comma 3 dell'ACN e al presente articolo, le seguenti funzioni:

1) assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);  
 2) realizzare sul territorio la continuità dell'assistenza, a regime 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire un'effettiva presa in carico dei pazienti cronici e di quelli che necessitano di prestazioni non differibili;  
 3) garantire l'attività assistenziale presso una sede unica di riferimento riconoscibile da tutta la popolazione, con una apertura, a regime,

sette giorni su sette, modulata in funzione dei bacini di utenza di riferimento;

4) assicurare l'accesso ai servizi anche al fine di ridurre l'uso improprio del pronto soccorso operando in sedi riconoscibili dalla popolazione, dove l'assistito possa trovare risposte assistenziali appropriate per l'intero arco della settimana;

5) impiegare strumenti di gestione che garantiscono trasparenza e responsabilità dei medici di medicina generale nelle scelte assistenziali ed in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute;

6) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria ed assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare in raccordo con il rispettivo distretto ed in sinergia con i diversi soggetti istituzionali nonché con i poli della rete di assistenza e assicurare ai pazienti percorsi assistenziali integrati e coordinati tra ospedale e territorio;

7) favorire lo sviluppo e la diffusione di comportamenti uniformi e di percorsi assistenziali integrati,

promuovendo attraverso progetti distrettuali l'integrazione fra territorio e ospedale nonché tra servizi sanitari o sociali (PUA)

8) rafforzare il ruolo e la responsabilità dei medici di medicina generale nella presa in carico dei propri pazienti e nella regia dei percorsi assistenziali;

9) integrare le varie professionalità tra pari; con i servizi sanitari territoriali ed ospedalieri, con i servizi sanitari e socio sanitari, con le farmacie pubbliche e private in collegamento con il medico di medicina generale nell'ambito di iniziative promosse dal SSP, in una logica di rete assistenziale;

10) governare l'appropriatezza clinica ed organizzativa, nell'ambito dei compiti previsti dagli art. 45, 67 e 78 dell'ACN, secondo linee guida concordate;

11) garantire attività assistenziali ambulatoriali di presa in cure della popolazione distrettuale specificamente dedicate ai pazienti cronici/fragili/a rischio;

12) incentivare attività rientranti nella medicina di iniziativa ed in particolare: promozione della salute e della prevenzione primaria; presa in carico proattiva degli assistiti a rischio; informazione, counselling e supporto all'autocura (al self management); azioni nei confronti di assistiti con bassa frequenza di contatto con la medicina generale; attività specifiche per determinate patologie croniche;

13) ottimizzare mediante progetti specifici la prescrizione con la maggior appropriatezza possibile in virtù della maggior economicità, nei confronti dei soggetti cronici e prescrivere il materiale protesico o di ausili sanitari;

14) perseguire gli obiettivi annuali specifici concordati con il distretto

sanitario tenuto conto delle esigenze e delle priorità del territorio di riferimento, e partecipare a percorsi formativi coerenti con gli obiettivi predetti. Le attività effettuate nell'ambito degli obiettivi annuali specifici di ogni AFT potranno rientrare nella attività ordinaria dei medici previa adozione di linee guida.

### **B) Individuazione delle AFT**

- 1) Il Comitato aziendale individua
- 2) sul territorio della Provincia le AFT.
- 3) L'inserimento dei medici nelle AFT è graduato, per i primi due anni, attraverso quattro fasi.
- 4) Al termine della quarta fase, le AFT, a regime, saranno tutte in rete informatizzata con il distretto di appartenenza, a disposizione degli utenti che troveranno un punto d'accesso visibile e riconoscibile,
- 5) Gli obiettivi ed i progetti delle APT di ciascun Distretto sanitario vengono individuati e discussi in Comitato aziendale e vengono individuati con la dicitura di "patto aziendale", dotati di budget.
- 6) Si individua, all'interno della AFT, un referente, con compiti di coordinamento e indirizzo della AFT stessa nonché di relazione con il direttore dell'Unità Operativa Cure Primarie del Distretto, relativamente all'organizzazione della AFT, agli obiettivi assegnati ed all'andamento dell'attività svolta.
- 7) Si individua, tra i referenti delle AFT del Distretto sanitario, un coordinatore distrettuale, con compiti di coordinamento e relazione con il direttore del Distretto, con il Comitato provinciale ed aziendale. Il coordinatore distrettuale potrà essere sentito nei Comitati provinciale e aziendale.
- 8) L'individuazione del referente dell'AFT avviene tramite elezione diretta, segreta, da parte dei referenti delle associazioni e dai singoli medici non associati che parteci-

pano all'AFT. L'individuazione del coordinatore distrettuale avviene, con le stesse modalità, da parte dei referenti delle AFT del medesimo Distretto.

9) L'Azienda individua la data e la sede in cui svolgere l'elezione del referente di AFT e del coordinatore di AFT.

I referenti ed i coordinatori rimangono in carica tre anni, per l'intera durata del patto aziendale, e potranno essere rieletti.

10) I quattro coordinatori distrettuali e i loro vice, scelti dalle OO.SS. maggiormente rappresentative della medicina generale entro i primi trenta giorni dalla firma del presente accordo, rimarranno in carica fino alla cessazione delle 4 fasi e per i primi dodici mesi di funzionamento a regime delle AFT stesse.

### **C) Modalità di organizzazione dell'attività dei medici nelle MT**

- 1) Spetta al referente della APT, e per i primi due anni al coordinatore distrettuale delle AFT, il coordinamento della turnistica dei medici afferenti alla AFT stessa, ripartendo con criteri di equità il carico di lavoro fra i medici ed in applicazione dei seguenti criteri generali:
  - si può scegliere di lavorare con fasce orarie da un minimo di 24 ore annuali ad una, due o tre ore consecutive ogni giorno;
  - non possono essere lavorate più di tre ore al giorno dallo stesso medico di assistenza primaria, tranne che in casi eccezionali, per malattia, insostituibilità per mancanza di personale medico nell'immediato;
  - qualora al medico fosse impedito di svolgere le tre ore giornaliere che vorrebbe fare, gli deve essere garantita almeno un'ora giornaliera;
  - lo schema della turnistica è inviato al Distretto con almeno

sette giorni di anticipo rispetto al mese di riferimento

- 2) I medici titolari di continuità assistenziale, sia a tempo determinato che indeterminato, possono svolgere attività diurne ai sensi dell'art. 67, commi 14, 16, lettere a), b1), b2), c), e) e 17, art. 65, comma 2 e art.65, comma 4, laddove accettino il conferimento dell'incarico di 38 ore settimanali.
- 3) I medici di assistenza primaria, fino al raggiungimento di 1.200 scelte, possono accettare volontariamente turni di continuità assistenziale nella AFT che ne avesse bisogno, con la stessa retribuzione dei medici di continuità assistenziale della Provincia rapportata all'ACP del 2007, nel rispetto delle graduatorie esistenti.

### **D) Composizione e sede delle AFT**

- 1) Le AFT sono composte obbligatoriamente da tutti i medici a rapporto di fiducia con i cittadini (assistenza primaria) e dai medici a rapporto orario (medici di continuità assistenziale).
- 2) Le AFT sono riferite a bacini di utenza intra-distrettuali e sufficientemente ampi da garantire lo sviluppo di economie di scala nella dotazione e nell'impiego di risorse umane, strutturali e strumentali, tenendo conto di situazioni territoriali specifiche,
- 3) Qualora in un ambito territoriale di scelta sia presente un numero di medici non sufficiente ad aggregarsi secondo quanto previsto dal presente accordo, l'AFT potrà riunire ambiti limitrofi o quote di essi, previo parere concorde del Comitato aziendale.
- 4) L'AFT ha una sede di riferimento unica, individuata dal Comitato aziendale, presso i poliambulatori distrettuali o strutture ospedaliere aziendali, nella quale i medici svolgono a turno le attività concordate e presso la quale dovranno essere

presenti infermieri o operatori socio sanitari e personale amministrativo di segreteria. Qualora non siano disponibili sedi aziendali potranno essere individuate sedi private.

5) Nella sede dell'AFT svolgono le loro attività di programmazione e monitoraggio delle attività territoriali, secondo quanto previsto dal presente accordo: i medici, che svolgeranno a turno le attività concordate: gli infermieri che garantiscono le prestazioni sanitarie quali il supporto della gestione dei malati cronici; il monitoraggio dei parametri vitali, la promozione della salute, il counselling e l'empowerment del paziente; il personale amministrativo di segreteria che supporta il medico nella gestione degli utenti, nella attività prescrittiva, per prescrizioni ripetute e prescrizioni informatizzate,

6) **Alla realizzazione delle AFT, l'Azienda contribuisce con la messa a disposizione, senza oneri a carico dei medici partecipanti, di strutture, utenze, attrezzature, materiale di medicazione, smaltimento rifiuti pericolosi nonché personale infermieristico e amministrativo di supporto.**

[omissis]

### **F) - Finanziamenti delle AFT**

1) **La partecipazione da parte dei medici di assistenza primaria alle AFT è remunerata con un compenso orario di euro 15,00.** Per i costi di gestione dell'AFT si fa riferimento alla lettera D, punto 6) del presente articolo.

[omissis]

### **G) Caratteristiche delle AFT**

**La costituzione delle AFT è obbligatoria** e si conforma ai seguenti principi e criteri:

1) componenti:

- sono componenti della AFT i medici di assistenza primaria ed i medici di continuità assistenziale (ed eventualmente quelli di emergenza territoriale) operanti nello stesso ambito territoriale riferito ai medici di medicina generale;
- l'AFT deve avere un numero di componenti minimo di 15 medici di assistenza primaria e quattro titolari di continuità assistenziale, fatte salve situazioni particolari di oggettivo impedimento che potranno essere esaminate e autorizzate temporaneamente in Comitato provinciale;
- ciascun medico può aderire ad una sola aggregazione;

[omissis]

6) orario;

- ciascun medico aggregato garantisce un orario individuale, secondo quanto previsto nel presente accordo, nella sede distrettuale dell'AFT;
- **ciascun medico aggregato è comunque tenuto a garantire una presenza nel proprio studio principale per cinque giorni alla settimana, per almeno un'ora al giorno;**
- **gli orari dei singoli medici all'interno della sede della AFT devono essere coordinati dal referente della AFT in modo da garantire complessivamente una apertura ambulatoriale, a regime, di dodici ore diurne e dodici ore notturne, rispettivamente**

## Perché i pensionati dovranno pagare il 6,25 per cento

di Mario Di Risio

Da quest'anno anche i pensionati devono dichiarare i redditi libero-professionali al proprio ente previdenziale. **Quest'obbligo** non è stato voluto dall'Enpam ma è **stato imposto da una legge dello Stato** (Art. 18, comma 11, D.L. n.98/2011).

Lo stesso provvedimento legislativo ha stabilito che chi è in pensione deve pagare i contributi con un'aliquota pari ad almeno la metà della misura ordinaria. Nel caso dell'Enpam il contributo ordinario è del 12,5 per cento.

Per questa ragione i medici e gli odontoiatri ultra-65enni, sui redditi prodotti nel 2012, pagheranno il 6,25 per cento. Per chi era abituato a pagare il 2 per cento si tratta di un aumento. **Nella realtà si tratta di un trattamento più favorevole rispetto ad altre categorie.** Infatti i pensionati non iscritti a una Cassa professionale come l'Enpam si ritrovano a dover versare un'aliquota ben più alta (sui redditi 2012 il contributo dovuto alla Gestione separata dell'Inps è il 18 per cento). Inoltre **i contributi versati non andranno persi.** Ogni tre anni, infatti, l'Enpam ricalcola le pensioni e le aumenta in base ai nuovi versamenti fatti.



**dai medici di assistenza primaria dal lunedì al venerdì, fatto salvo quanto previsto alla lettera C) punto 3) del presente articolo, mentre per i restanti giorni e le dodici ore notturne e da parte dei medici di continuità assistenziale, con presenza di almeno un medico;**

- non è data possibilità, nelle ACT di accedere allo studio del medico su prenotazione;

[omissis]

**Articolo 28 ter - Fasi di attuazione delle AFT**

[omissis]

**Fase 4**

Alla fine dei due anni dalla data di sottoscrizione del presente accordo le aggregazioni funzionali territoriali dovranno essere attivate e funzionanti, nel numero di almeno una per distretto sanitario, presso le sedi individuate, con il contingente sia di medici di assistenza primaria che di continuità assistenziale.

Entro il 1 gennaio 2017 dovranno essere attivate ed operative tutte le rimanenti APT.

**Articolo 31 - Attivazione e organizzazione del servizio**

1. il servizio di continuità assistenziale viene attivato anche nelle giornate di sabato nella fascia oraria dalle ore 8.00 alle ore 10.00, fatto salvo l'obbligo per i medici di assistenza primaria di effettuare le visite richieste nella giornata di venerdì ai sensi dell'articolo 47, comma 6, dell'ACN.

[omissis]

# CONVEGNO

## MALATTIE IMMUNOMEDiate CUTANEE E REUMATICHE

SABATO 19 OTTOBRE 2013  
Sala Congressi TERME DI COMANO  
partecipazione gratuita | N. 3,5 crediti ECM

L'evoluzione delle conoscenze scientifiche iniziate dalla immunologia di base e progredite nello studio e nella ricerca di diversi meccanismi fisiopatologici, permettono, oggi, la collaborazione e il confronto tra diverse discipline "specialistiche" in modo integrato. È diventato sempre più chiaro come meccanismi comuni siano alla base di molte malattie che si manifestano nei diversi apparati.

Obiettivo del convegno è di evidenziare, in Trentino, il progresso e la nuova collaborazione che è già attiva e che si vorrebbe distribuita a tutti gli operatori, per sottolineare come la diagnosi precoce, la terapia tempestiva ed appropriata, l'individuazione di fattori di rischio e l'educazione della popolazione a stili di vita responsabili, rappresentino la sfida che è necessario raccogliere.

Per l'occasione sono stati invitati relatori esperti per affrontare la psoriasi, le connettiviti, le malattie bollose autoimmuni e la dermatite atopica. Ciascuno porterà il proprio personale contributo al fine di evidenziare, nei loro contesti, come vengono affrontate queste malattie immunomediate.

Recenti ricerche in queste patologie hanno permesso di approfondire i meccanismi d'azione, di realizzare nuovi farmaci molto efficaci, ma sottolineano anche l'importanza degli stili di vita come fattori scatenanti o aggravanti le malattie. Inoltre è importante confrontarsi su problematiche quali la qualità di vita degli ammalati, il rapporto rischio-beneficio e costo-beneficio della terapia farmacologica moderna e sull'opportunità di praticare terapie complementari di documentata efficacia, a fronte di trascurabili effetti collaterali come quelle termali.

### PROGRAMMA

- ore 08.15 - 08.45 REGISTRAZIONE DEI PARTECIPANTI
- ore 08.45 - 09.00 APERTURA LAVORI E SALUTO DELLE AUTORITÀ

#### PRIMA SESSIONE

Moderatori: A. Peserico, M. Cristofolini

- ore 09.00 - 09.20 VASCULITI E VASCULOPATIE CUTANEE  
G. Girolomoni

- ore 09.20 - 09.40 ARTRITE PSORIASICA: CLINICA E TERAPIA  
G. Paolazzi
- ore 09.40 - 10.00 SCLERODERMIA: DAL FENOMENO DI RAYNAUD ALLA SCLEROSI SISTEMICA  
C. R. Girardelli
- ore 10.00 - 10.20 FOTO DERMATOSI IDIOPATICHE O AUTOIMMUNI  
P. Calzavara Pinton
- ore 10.20 - 10.40 DIBATTITO
- ore 10.40 - 11.00 COFFEE BREAK

#### SECONDA SESSIONE

Moderatori: C. Nobile, P. Zampieri

- ore 11.00 - 11.20 LE LESIONI CUTANEE NEL LUPUS ERITEMATOSO  
A. Parodi
- ore 11.20 - 11.40 MALATTIE BOLLOSE: QUADRI CLINICI E NUOVI TRATTAMENTI  
K. Eisendle
- ore 11.40 - 12.00 LA GESTIONE DELLA DERMATITE ATOPICA: IL PUNTO DI VISTA DEL DERMATOLOGO  
A. Belloni-Fortina
- ore 12.00 - 12.20 LA GESTIONE DELLA DERMATITE ATOPICA: IL PUNTO DI VISTA DEL PEDIATRA  
E. Baldo
- ore 12.20 - 12.40 DIBATTITO
- ore 12.40 - 13.10 CASI CLINICI
- ore 13.10 - 13.30 SINTESI CONCLUSIVA E PROVA DI VALUTAZIONE

#### SEGRETERIA SCIENTIFICA

- M. Cristofolini  
Presidente Comitato Scientifico  
Terme di Comano
- C. Girardelli  
Direttore U.O. Dermatologia  
Ospedale S. Chiara Trento
- G. Girolomoni  
Professore Clinica Dermatologia  
Università di Verona

# Enpam

Il 20 giugno 2013 si è tenuta a Roma una seduta ordinaria della Consulta ENPAM per la libera professione in occasione della quale è stato discusso il bilancio consuntivo 2012 dell'ENPAM.

I risultati di gestione sono molto incoraggianti.

Il patrimonio dell'ente è aumentato considerevolmente, **passando dai 12 miliardi di euro dell'anno precedente ai 13 miliardi a chiusura**. Il risultato è ancora più lusinghiero, considerato che non vi sono state entrate particolari, come accaduto nei due anni precedenti e nonostante la penalizzazione data dalla tassazione accresciuta; in particolare l'IMU, che ha pesato notevolmente sulle casse della Fondazione, configurandosi addirittura come una "terza tassazione".

L'analisi del bilancio, pur consuntivo e quindi fotografia del passato concluso, ha comunque soddisfatto la Consulta, che ha fatto solo alcune considerazioni a margine.

Personalmente ho fatto richiesta di conoscere l'andamento in merito alla riscossione dei crediti che l'ENPAM vanta nei confronti di colleghi che hanno evaso la contribuzione, sia involontariamente che deliberatamente.

Il responsabile dell'ufficio ha confermato che l'incrocio dei dati con l'anagrafe tributaria, atto a verificare il reddito denunciato con la dichiarazione degli stessi all'ENPAM a fini contributivi, ha permesso il recupero d'ingenti somme che andranno a sostanzare il patrimonio del nostro fondo in modo rilevante. Il lavoro di recupero dei contributi evasi è ormai un'attività consolidata. Purtroppo è emersa la difficoltà di riscuotere il dovuto da alcuni colleghi, pur avendo questi redditi consistenti. Considerato che l'eva-

## Consulta fondo della libera professione di Stefano Visintainer

sione del contributo è un danno verso tutti coloro che versano regolarmente la loro quota, ho fatto richiesta di verificare se non fosse possibile dare comunicazione di queste irregolarità all'Ordine competente, almeno per i colleghi manifestatamene recidivi, configurandosi a mio parere, anche un vulnus deontologico. Presente alla seduta, in veste di consigliere ENPAM, era

anche il Presidente CAO, dr. Renzo, il quale ha affermato essere assolutamente necessario e dovuto un intervento dell'Ordine.

Si è quindi richiesto che la Fondazione informi gli Ordini almeno dei casi più eclatanti. Sarà poi decisione prettamente ordinistica un intervento presso il collega.

Altro importante punto sono state le comunicazioni del Presidente Oliveti che ha illustrato, in particolare, l'avanzamento del lavoro sulla revisione dello Statuto. Nel merito, i principi generali hanno dato vita, per mezzo della commissione tecnico legale, ad una bozza che ora è al vaglio di una commissione paritetica. Appena il testo sarà più compiuto sarà portato all'esame della Consulta.

Da rilevare è senz'altro che è stata **rivista l'ipotezzata cancellazione delle Consulte**, considerata l'importanza che hanno soprattutto nel collegamento con la base di contribuenti. Inoltre è stata prevista una **rilevante presenza istituzionale nel consiglio d'amministrazione di una quota parte riservata agli odontoiatri**.

Altro punto di notevole interesse ed importanza per il contribuente libero professionista è stato l'introduzione della **rateizzazione del contributo previdenziale**. Da tempo al Consulta aveva chiesto che la quota fosse rateizzabile in più rate. Ci erano sempre state opposte delle difficoltà tecniche. Ora però che il contributo diverrà via via sempre più impegnativo, la Consulta lo ritiene assolutamente necessario.

Si è quindi dato mandato agli uffici competenti di prevedere, purtroppo solo dal prossimo anno a causa di difficoltà operative, la rateizzazione, previa domiciliazione bancaria.

### DERMATOLOGIA IN TRENTINO

Interessa i dermatologi e i medici di medicina generale. Nella sala congressi del MUSE, il **9 novembre 2013** si terrà un confronto patrocinato anche dal nostro Ordine e in collaborazione con la LILT, la sezione trentina della lega italiana per la lotta contro i tumori. Al convegno sono stati assegnati otto crediti formativi. La partecipazione all'evento è gratuita, previa iscrizione. Sono disponibili 100 posti. Numerosi gli interventi previsti: Paolo Bauer - Marco Bellino - Antonella Bergamo - Giulia Berloff - Sebastiana Boi - Carlo Buongiovanni - Luca Castellani - Francesco Chiumeo - Marco Clerici - Paolo Colorio - Mario Cristofolini - Paolo Cristofolini - Klaus Eisendle - Stefania Farina - Andrea Giovannini - Carlo Renè Girardelli - Annamaria Marchionne - Sara Mazzoldi - Giuseppe Paolazzi - Carlo Pedrolli - Claudio Ramponi - Giulia Rech - Laura Rizzoli - Maria Cristina Sicher - Luigi Speciali - Laura Tasin - Stefania Termine - Franco Urbani - Salvatore Vienna - Giuseppe Zumiani

# Sanità

## Serve un nuovo patto per la salute

Nota di aggiornamento DEF 19 settembre 2013

**O**ggi il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), pur mantenendo le caratteristiche che lo hanno messo ai primi posti in Europa, si confronta con delle sfide assistenziali imponenti in presenza di livelli di finanziamento contenuti in ragione dell'attività di razionalizzazione della spesa svolta in questi anni. L'impegno primario dev'essere quello di mantenere e consolidare i risultati riconosciuti in campo internazionale al SSN. In questa prospettiva, è essenziale sviluppare l'attuale modello di governance del settore sanitario. Tale modello costituisce uno strumento di efficace contenimento della dinamica della spesa anche in relazione alle tendenze demografiche e favorisce la sostenibilità finanziaria del SSN nel medio-lungo periodo. Allo stesso tempo, occorre ripensare un modello di assistenza finalizzato a garantire prestazioni non incondizionate, rivolte principalmente a chi ne ha effettivamente bisogno.

In rapporto ai cambiamenti della società e agli stili di vita, un posto di rilievo assumono le misure legate alla prevenzione. Investimenti in tale ambito, anche allargati a settori diversi da quello sanitario secondo il principio health in all policies, basati sull'evidenza scientifica e su una valutazione di costo/efficacia, contribuiscono sostanzialmente nel medio-lungo periodo alla sostenibilità del SSN, riducendo il ricorso allo stesso per finalità di cura, sia in termini di accessi che di livello delle cure richieste; nel contempo essi, assicurando un più elevato livello di benessere e di salute della popolazione, realizzano le condizioni per un miglioramento generale del livello economico del Paese. A tal fine dovrà essere predisposto il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione, modificando e aggiornando lo strumento vigente, prestando attenzione alla prevenzione di tutti i comportamenti a rischio (sedentarietà, alimentazione eccessiva, fumo, dipendenza da gioco

patologico, consumo di sostanze alcoliche, con un particolare focus sui giovani), e alle tossicodipendenze.

Oltre a queste specifiche azioni, il nuovo Piano costituisce anche la struttura generale entro la quale si inseriscono progetti di ampio respiro e la pianificazione di settore, come ad esempio il piano nazionale per le vaccinazioni e gli interventi per la sicurezza sul lavoro. Una particolare attenzione dovrà essere dedicata allo sviluppo di sistemi informativi dedicati all'ambito della prevenzione, al fine di acquisire in modo sistematico dati utili per le valutazioni dei decisori. Nell'ambito delle politiche di prevenzione s'inseriscono anche le raccolte sistematiche di dati che porteranno alla definitiva attuazione del fascicolo sanitario elettronico.

Per quanto riguarda le misure di programmazione sanitaria, occorre perfezionare in tempi brevi il nuovo Patto per la salute. Tale nuovo accordo non solo consentirà di definire tra Governo e Regioni gli



aspetti finanziari e programmatici correlati al SSN, ma costituirà anche lo strumento per migliorare la qualità dei servizi, per promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e per garantire l'unitarietà del sistema.

Sul versante dell'assistenza territoriale, il completamento del complesso processo di trasferimento di risorse dall'ospedale al territorio consentirà di affrontare efficacemente i temi dell'invecchiamento e delle cronicità, ponendo le premesse per garantire la sostenibilità futura del nostro sistema sanitario.

L'assenza di reti assistenziali integrate tra ospedale e territorio è infatti un'altra delle cause di notevoli sprechi di risorse su tutto il territorio nazionale, traducendosi spesso in prestazioni inappropriate o in una mancata presa in carico dell'assistito, con conseguenze sull'efficacia dei trattamenti oltre che sulla disponibilità di risorse.

Tale quadro rende necessaria una riorganizzazione del livello assistenziale ospedaliero, sul presupposto di un adeguato trasferimento di attività a livello territoriale e quindi di una rimodulazione e di un potenziamento della rete dei servizi territoriali. In questo scenario, l'ospedale dovrà diventare sempre più il luogo di cura per acuti, a elevata specializzazione.

Nella stessa ottica occorrerà potenziare il ruolo delle farmacie convenzionate e in particolare la Farmacia dei servizi, concentrando in essa l'erogazione di nuovi servizi di valenza socio-sanitaria. Tale nuovo ruolo delle farmacie potrà comportare effetti positivi in termini di risparmi finanziari laddove contribuirà e limitare l'accesso alle strutture ospedaliere.

Il SSN dovrà proseguire il percorso di razionalizzazione della spesa già avviato, tenendo conto delle compatibilità economico-



finanziarie complessive, al fine di garantire un uso più efficiente delle risorse e, al contempo, un adeguato livello di qualità dei servizi resi ai cittadini. L'eliminazione di sprechi e delle inefficienze è un altro degli obiettivi principali per riuscire a garantire nei prossimi anni l'erogazione di servizi sanitari attraverso un sistema sanitario che è riconosciuto essere tra i migliori al mondo. Per fare ciò, insieme alle Regioni saranno rafforzati il monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e sarà promossa in ogni ambito la trasparenza, quale strumento per il potenziamento non solo della comunicazione con il cittadino ma anche del controllo di legalità.

Il sistema sanitario dovrà cioè essere sempre più 'selettivo', occorrendo in particolare ridisegnare il perimetro dei LEA e adottare l'approccio del c.d. Health Technology Assessment (HTA), al fine di identificare le opzioni assistenziali dimostrate non solo maggiormente costo-efficaci ma anche preferite da pazienti e cittadini, in modo da assicurare, a parità di risorse disponibili, il massimo valore possibile in termini di salute.

Tale processo richiede però una **regia nazionale** quale essenziale condizione per mantenere l'unitarietà del SSN e per garantire l'equità di accesso così sul piano territoriale, ossia indipendentemente dalla regione in cui si trovi

l'assistito, come di tipo trasversale tra le varie fasce della popolazione, e dunque indipendentemente dalle condizioni socio-economiche individuali.

Sotto altro profilo, l'innovazione tecnologica può contribuire decisamente alla menzionata riorganizzazione dell'assistenza sanitaria. Particolare impulso occorrerà quindi rivolgere all'informaticizzazione dei processi di assistenza, allo sviluppo e alla diffusione della sanità elettronica sul territorio nazionale e, in definitiva, a far sì che la sanità in rete divenga una componente strutturale del SSN, nella consapevolezza che l'innovazione tecnologica e gestionale della rete di offerta, sia a livello ospedaliero sia a livello territoriale, costituisce un sicuro volano per incrementare l'efficienza e la produttività, e quindi la sostenibilità, del SSN stesso.

Infine, un tema che richiederà un forte impegno è quello della **responsabilità professionale** e del precariato nelle professioni sanitarie. Nel primo caso **occorrerà portare a compimento e migliorare le scelte attuate nella scorsa legislatura**. Per quanto riguarda il precariato, alcuni primi interventi sono stati compiuti di recente nell'ambito del decreto legge di razionalizzazione della pubblica amministrazione, mentre tra le misure che è possibile adottare, senza oneri a carico della finanza pubblica, vi è l'istituzione di specifici ruoli per i ricercatori del SSN.

Nota di aggiornamento Def 2013. Spesa sanitaria a legislazione vigente - Anni 2012/2017 (milioni di euro e % del PIL)

2012: 110.842 pari al 7,1 del Pil  
 2013: 111.108 pari al 7,1 del Pil  
 2014: 113.029 pari al 7,1 del Pil  
 2015: 115.424 pari al 7,0 del Pil  
 2016: 117.616 pari al 6,8 del Pil  
 2017: 119.789 pari al 6,7 del Pil

# Professione

## Uso dei farmaci: Equivalenti o originatori?

di Fabrizio Zappaterra, Consigliere dell'Ordine dei Medici  
e Bruno Bizzaro, Presidente dell'Ordine dei Farmacisti



Dott. Fabrizio Zappaterra.

### I MEDICINALI

Il Decreto Legislativo 24 aprile 2006, n. 219 definisce un medicinale come:

- 1) ogni sostanza o associazione di sostanze presentata come avente proprietà curative o profilattiche delle malattie umane;
- 2) ogni sostanza o associazione di sostanze che può essere utilizzata sull'uomo o somministrata all'uomo allo scopo di ripristinare, correggere o modificare funzioni fisiologiche, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica, ovvero di stabilire una diagnosi medica.

Ogni medicinale è in genere composto da una o più principi attivi e contenuti in dosi ben definite in uno o più eccipienti, sostanze inerti senza proprietà terapeutiche, ma che conferiscono al medicinale la forma idonea ad essere somministrata (compressa, capsula, supposta, soluzione iniettabile ecc.).

Solo il principio attivo esercita l'azione terapeutica anche se gli eccipienti possono conferire caratteristiche particolari (...).

Alcuni eccipienti, come il saccarosio, il lattosio i parabeni, possono avere controindicazioni specifiche per alcuni pazienti (diabetici, allergopatici e intolleranti al lattosio)

### CHE COS'È UN MEDICINALE EQUIVALENTE (O GENERICO)?

Un medicinale equivalente (o generico) è una copia del medicinale "originatore", il cui brevetto sia scaduto.

Un farmaco per essere considerato "equivalente" al corrispondente medicinale originatore deve:

- avere lo stesso principio attivo, ossia la sostanza responsabile del suo effetto farmacologico (terapeutico);
- avere la stessa forma farmaceutica e via di somministrazione (per es. compresse, capsule, soluzione iniettabile etc.);
- avere lo stesso dosaggio unitario;

essere "bioequivalente" al medicinale di riferimento;  
avere un costo di almeno il 20% inferiore rispetto al corrispondente medicinale di riferimento.

L'Italia ha recepito il Codice per i medicinali di uso umano (direttiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio) con il decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, che definisce il medicinale generico come *"un medicinale che ha la stessa composizione qualitativa e quantitativa di sostanze attive e la stessa forma farmaceutica del medicinale di riferimento nonché una bioequivalenza con il medicinale di riferimento dimostrata da studi appropriati di biodisponibilità"*.



Dott. Bruno Bizzaro.

### QUALITÀ, SICUREZZA ED EFFICACIA DEI MEDICINALI EQUIVALENTI

I requisiti fondamentali che consentono a un medicinale di ottenere l'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) sono la **qualità**, la **sicurezza** e l'**efficacia**.

La qualità di un farmaco è garantita dall'osservanza delle Norme di Buona Fabbricazione (NBF), messe in atto dal fabbricante a partire dall'approvvigionamento delle materie prime fino al rilascio sul mercato di ciascun lotto del farmaco stesso, stabilite dalla comunità europea.

Per questo sono previsti controlli:

- sulle materie prime impiegate nella produzione, quali la concentrazione e la purezza e stabilità del principio attivo e degli eccipienti presenti nel medicinale. Per esempio, è stabilito

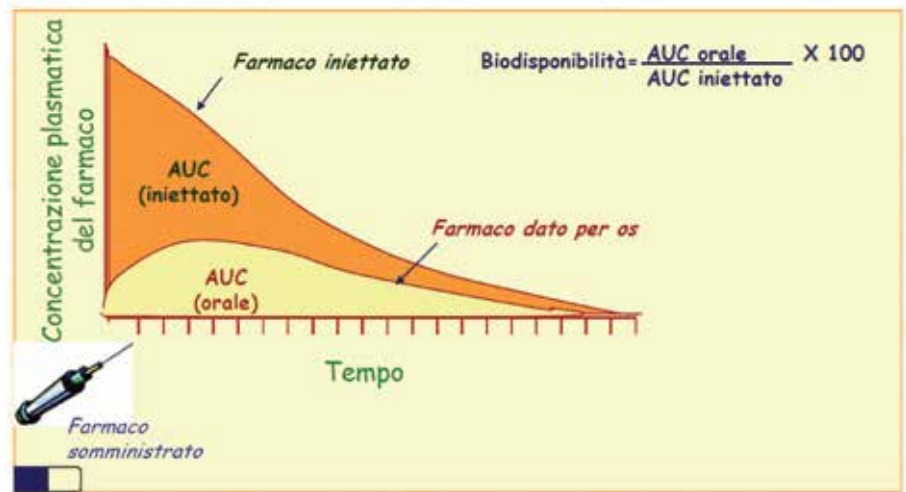
che **il contenuto di principio attivo di qualsiasi medicinale, rispetto al dichiarato, può oscillare da un minimo del 95% ad un massimo del 105%**, pena il ritiro dal commercio dell'intero lotto. Due prodotti medicinali che contengono la stessa quantità di sostanza attiva nella singola dose sono **farmaceuticamente equivalenti**.

- su tutte le fasi della produzione del prodotto finito, inclusa quella di confezionamento, mediante ispezioni presso i siti di produzione di medicinali e di materie prime e devono rispondere a standard definiti a livello europeo. Le ispezioni sono condotte dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), per i medicinali destinati al solo mercato italiano, oppure mediante la procedura di mutuo riconoscimento (MR) o decentrata (DC) da parte di più agenzie regolatorie europee se destinato al mercato europeo.

**La sicurezza** dei farmaci equivalenti prevede il semplice riferimento bibliografico ai risultati degli studi pubblicati sulle varie prove precliniche condotte a suo tempo per l'autorizzazione del medicinale originatore, nonché degli eventuali effetti collaterali e delle interazioni con altri farmaci, emersi durante gli anni di uso del farmaco di riferimento durante il periodo di validità del brevetto.

**L'efficacia** dei farmaci "equivalenti" deve invece fare riferimento ad uno studio di **bioequivalenza farmacocinetica**, ossia ad un confronto della **biodisponibilità** del farmaco generico rispetto all'originatore.

La **biodisponibilità** è la frazione percentuale di principio attivo resa disponibile nella circolazione sistemica in un determinato tempo rispetto alla somministrazione endovena.

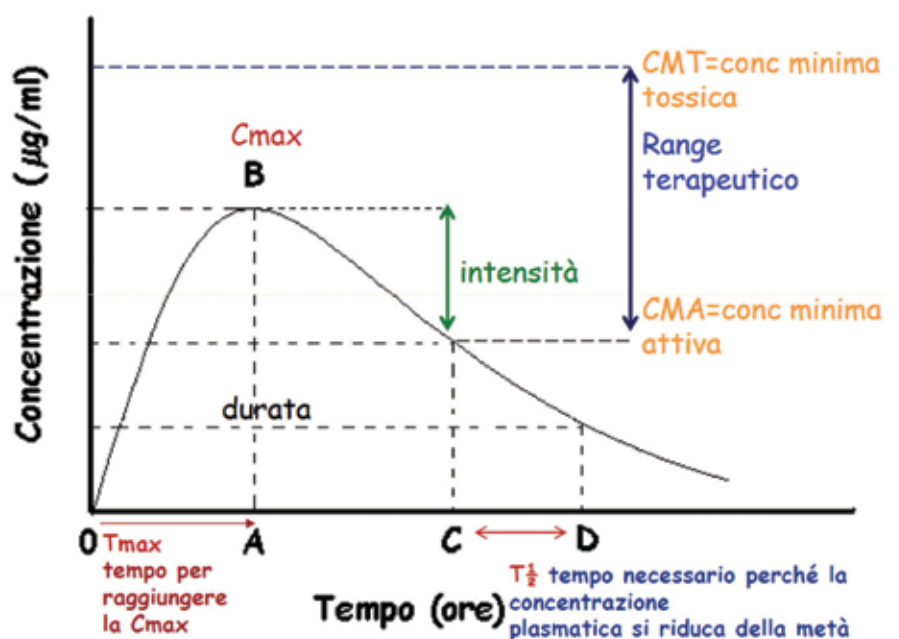


Se le curve di biodisponibilità di due prodotti medicinali sono sostanzialmente "equivalenti" i due prodotti si dicono **bioequivalenti** e poiché l'efficacia e la sicurezza sono già state dimostrate per l'originatore, si suppone che le due preparazioni abbiano anche una **equivalenza terapeutica**.

Un medicinale assunto per via orale (per esempio una compressa o una capsula) viene assorbito a livello gastro-enterico e quasi sempre subisce un certo numero di trasformazioni enteriche o epatiche prima di passare nel sangue e raggiungere il bersaglio dove eserciterà la sua azione terapeutica. L'assorbimento di un farmaco dipende non solo dal tipo di prin-

cipio attivo, ma anche dalla forma farmaceutica e dalla modalità di rilascio (immediato o ritardato).

Lo studio di bioequivalenza consiste nel somministrare in doppio cieco a 12-24 o più volontari sani di 18-55 anni, una dose singola del medicinale originatore (*reference*) e del medicinale generico di uguale composizione, forma e dosaggio (*test*). Ovviamente i due farmaci sono somministrati in due sedute differenti distanziate tra di loro di almeno una settimana (*wash-out*). La somministrazione allo stesso soggetto di entrambe le formulazioni in periodi successivi (*cross-over*) permette di distinguere l'effetto della formulazione da altri effetti, come ad esempio la variabi-



lità individuale nell'assorbimento di un farmaco.

Per i prodotti a **rilascio immediato**, dosando il farmaco in una serie di campioni di sangue, plasma ed urine il primo precedente all'assunzione, viene costruita la curva concentrazione/ tempo **media** di tutti i partecipanti, dalla quale si misurano:

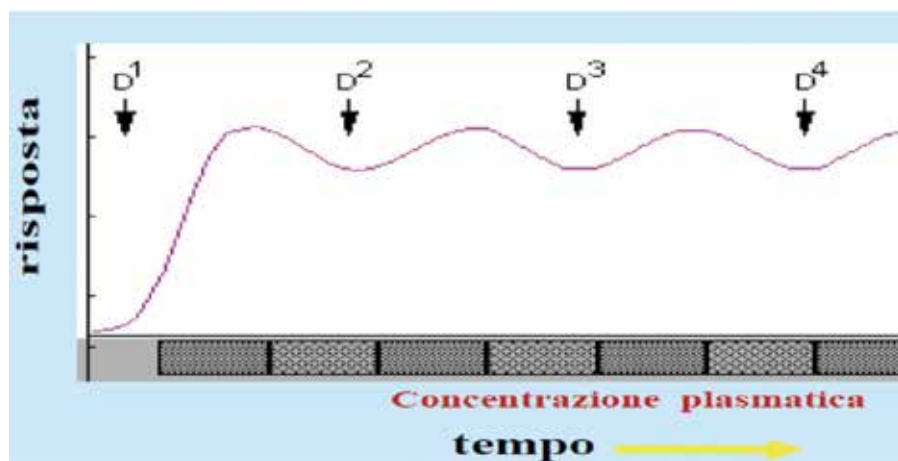
- la concentrazione massima raggiunta dal farmaco nel sangue/plasma (Cmax);
- il tempo impiegato dal farmaco a raggiungere la Cmax (Tmax).
- l'Area sotto la Curva concentrazione/ tempo (AUC) che rappresenta la biodisponibilità del farmaco.
- il tempo di escrezione e la clearance del farmaco.

Per i prodotti a **rilascio modificato**, oltre allo studio in dose singola, può essere necessario effettuare uno studio in dose ripetuta fino al raggiungimento dello stato stazionario; anche in tal caso si dovranno misurare i livelli ematici o plasmatici o urinari del prodotto immutato e degli eventuali metaboliti attivi.

media differiva non più di  $\pm 20\%$  dalla risposta media della formulazione di riferimento, ma questo presuppone che una delle due formulazioni a confronto sia chiaramente identificata come il "Reference" da mettere al denominatore.

In contesti diversi dall'approvazione di farmaci generici, in cui non sia possibile identificare chiaramente quale sia la formulazione "Reference", è stato stabilito che l'intervallo corretto da utilizzare sia 0.80-1.25 in quanto simmetrico, nel senso che  $(0.8)^{-1}$  (o  $1/0.8$ ) = 1.25, per cui  $\log(0.8) = -\log(1.25)$ , rendendo ininfluente la scelta dell'uno o dell'altro come denominatore.

Per analogia le Agenzie Regolatorie hanno deciso che anche per gli studi su farmaci generici l'intervallo di confidenza al 90% del rapporto tra AUC e la Cmax dei due preparati sia 0.80-1.25, **ovvero un generico definito "bioequivalente" può avere una biodisponibilità o efficacia terapeutica inferiore del 20% o superiore del 25% rispetto all'originatore.**



Il criterio per stabilire se due formulazioni farmaceutiche possono essere considerate bioequivalenti è stabilito dalle Agenzie Regolatorie.

Inizialmente, era stato stabilito che due potevano essere considerate bioequivalenti se la loro risposta

Va tuttavia sottolineato che anche lotti differenti dello stesso farmaco di originatore o farmaci di marca prodotti in stabilimenti diversi non sono mai perfettamente uguali.

La dimostrazione della bioequivalenza non è richiesta dalle Auto-

rità Regolatorie nei casi in cui sia certo che la formulazione non influenza l'assorbimento del principio attivo o nei casi in cui l'assorbimento sistemico non costituisca il presupposto per l'attività farmacologica (uso topico). In particolare:

- forme farmaceutiche orali a rilascio immediato contenenti un principio attivo molto solubile in acqua e con elevato margine di sicurezza
- prodotti da somministrare per via parenterale costituiti da soluzioni con la stessa
- concentrazione di principio attivo nel medesimo solvente
- soluzioni per uso orale (sciroppi etc...)
- polveri da ricostituire e somministrare come soluzioni
- gas
- prodotti topici non destinati all'assorbimento sistemico
- prodotti che differiscono soltanto per la quantità di principio attivo contenuto, quando la
- farmacocinetica del principio attivo sia lineare, ovvero l'assorbimento aumenti
- proporzionalmente alla dose.

## IL COSTO DEI FARMACI EQUIVALENTI

I medicinali equivalenti hanno un prezzo inferiore di **almeno** il 20% (spesso molto meno) rispetto ai corrispondenti di marca in quanto non devono essere investite risorse nella ricerca, negli studi preclinici e clinici per dimostrare l'efficacia e la sicurezza del medicinale nell'uomo.

Per i medicinali in classe A il prezzo è contrattato direttamente con l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), che, negli ultimi anni, ha proposto prezzi sempre più bassi rispetto al previsto. Dal 2007 in poi, i medicinali generici hanno ottenuto spesso un prezzo pari al 50% rispetto al medicinale originatore

corrispondente. I medicinali di Classe C (cioè a pagamento) hanno un prezzo stabilito liberamente dall'azienda, purché sia, appunto, almeno del 20% più basso rispetto all'Originatore.

Dal 1° settembre 2001 in Italia, si può sostituire, in casi particolari, la prescrizione di una specialità medicinale con un suo equivalente medicinale generico, se disponibile. Il Servizio Sanitario Nazionale, attraverso le Regioni, paga lo stesso prezzo sia per i generici, sia per le copie, che per gli originali. L'eventuale differenza di costo è a carico del paziente.

### IL RUOLO DEL MEDICO NELLA PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA

Il dettato dell'art. 15, comma 11-bis, della Legge 7 agosto 2012 n. 135, come novellato dall'art.13 bis, comma 1, del decreto legge 18 ottobre 2012, n.179, coordinato con la legge di conversione 17 dicembre 2012, n.221, prevede:

*“11-bis. Il medico che curi un paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, indica nella ricetta del Servizio*

*sanitario nazionale la denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco oppure la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo accompagnato dalla denominazione di quest'ultimo. L'indicazione dello specifico medicinale è vincolante per il farmacista ove nella ricetta sia inserita, corredata obbligatoriamente di una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità di cui all'articolo 11, comma 12, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. L'indicazione è vincolante per il farmacista anche quando il farmaco indicato abbia un prezzo pari a quello di rimborso, fatta comunque salva la diversa richiesta del cliente.*

*11-ter. Nell'adottare eventuali decisioni basate sull'equivalenza terapeutica fra medicinali contenenti differenti principi attivi, le regioni si attengono alle motivate e documentate valutazioni espresse dall'Agenzia Italiana del Farmaco”.*

Le patologie croniche in trattamento prima del 15 agosto 2012 possono continuare ad essere trattate con lo stesso farmaco già

utilizzato, viceversa quelle insorte successivamente o gli episodi di patologia acuta rientrano nella nuova disciplina e devono essere trattate con il generico, salvo il paziente non sia disposto a pagare in proprio la differenza di prezzo.

Al fine di consentire la prescrizione per principio attivo disposta dall'articolo 15, comma 11-bis, del decreto legge 6 luglio 2012 n.95, convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012 n. 135, l'Agenzia Italiana del Farmaco rende disponibili per tutti gli Operatori sanitari, le tabelle contenenti l'elenco dei farmaci di fascia A, dispensati dal Servizio sanitario Nazionale, ordinati rispettivamente per principio attivo e per nome commerciale.

Tali tabelle costituiscono uno strumento tecnico e includono sia medicinali presenti nella Lista di trasparenza Aifa (farmaci equivalenti) aggiornata al 15/03/2013, sia i medicinali coperti da tutela brevettuale, sia i medicinali di cui è scaduta la tutela brevettuale, ma per i quali non è prevista la sostituibilità.

A differenza delle liste di trasparenza AIFA, le tabelle contenenti l'indicazione del raggruppamento per principio attivo non fissano prezzi massimi di rimborso.

Casistica	Spending review	Medico	Farmacista	Paziente
Patologia cronica in trattamento prima del 15 agosto	No	Nome commerciale (o/e DCI)	Medicinale a prezzo inferiore	Non paga nulla
		Nome commerciale (o/e DCI) + non sostituibile	Medicinale di marca se richiesto dal paziente	Paga differenza prezzo
Patologia cronica diagnosticata dopo 15 agosto	Si	DCI	Medicinale di marca	Paga differenza prezzo
		DCI	Medicinale a prezzo inferiore	Non paga nulla
		DCI (e nome commerciale)	Medicinale di marca se richiesto dal paziente	Paga differenza prezzo
		DCI e nome commerciale + non sostituibile + motivazione	Medicinale a prezzo inferiore	Non paga nulla
Nuovo episodi di patologia non cronica diagnosticata dopo 15 agosto	Si	DCI	Medicinale di marca	Paga differenza prezzo
		DCI	Medicinale a prezzo inferiore	Non paga nulla
		DCI (e nome commerciale)	Medicinale di marca se richiesto dal paziente	Paga differenza prezzo
		DCI e nome commerciale + non sostituibile + motivazione	Medicinale a prezzo inferiore	Non paga nulla

DCI: Denominazione comune internazionale. Tra parentesi le scelte facoltative.

## LA SOSTITUIBILITÀ IN FARMACIA

Il sistema della sostituibilità, destinato ad incentivare la diffusione dei farmaci generici tra i cittadini e a ridurre la spesa per il SSN (Sistema Sanitario Nazionale), è stato introdotto ancora con il DL n. 347 del 18.9.01, convertito con la legge 405 del 16.11.01 e modificato dalla legge 178/02 (conversione del DL 138/02), la quale stabilisce che:

*“I medicinali, aventi uguale composizione in principi attivi, nonchè forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali, sono rimborsati al farmacista dal Servizio Sanitario Nazionale fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente prodotto disponibile nel normale ciclo distributivo regionale (il cosiddetto prezzo di riferimento), sulla base di apposite direttive definite dalla Regione; tale disposizione non si applica ai medicinali coperti da brevetto sul principio attivo”.*

Quando la protezione brevettuale di un farmaco rimborsato dal SSN scade e vengono autorizzati uno o

più medicinali generici, l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) include sia l’originatore che i generici corrispondenti in una lista, aggiornata mensilmente, chiamata lista di trasparenza. In questa lista il medicinale originatore e i generici corrispondenti vengono elencati insieme, con il corrispondente prezzo. Il prezzo più basso offerto sul mercato per quel farmaco, corrisponde al *prezzo di riferimento* ed è anche il prezzo rimborsato dal SSN.

Se un farmaco compare sulla lista di trasparenza e il medico non specifica nella prescrizione che il farmaco è “non sostituibile”, il farmacista deve proporre al paziente il medicinale generico offerto al prezzo di riferimento e sull’eventuale quota da versare qualora decidesse di acquistare l’originale.

Nel caso invece il medico apponga l’indicazione “non sostituibile” o il paziente non accetti la sostituzione, l’eventuale differenza tra il prezzo di riferimento e il prezzo al pubblico è a carico del paziente.

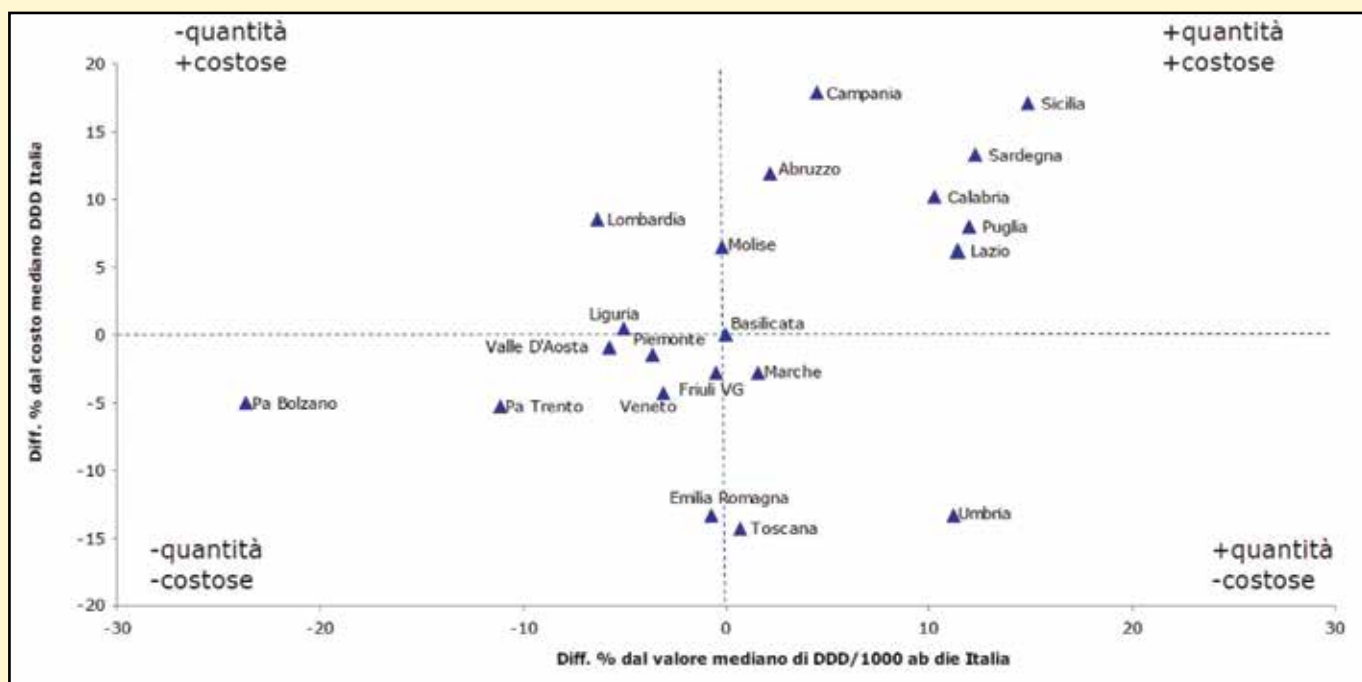
Infine se il medico omette, nella prescrizione, di specificare il titolare dell’AIC (Autorizzazione all’Immissione in commercio), il far-

macista può consegnare qualsiasi farmaco equivalga in composizione e dosaggio a quello prescritto.

Il concetto di sostituibilità è stato esteso anche ai farmaci non rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale (i farmaci di classe C, a completo carico del cittadino), compresi i cosiddetti farmaci senza obbligo di prescrizione (SOP) e i farmaci da banco (OTC), dal DL 87/05, convertito con la legge 149/05. La legge prevede che anche in questo caso il farmacista debba informare il paziente dell’eventuale disponibilità in commercio di farmaci generici acquistabili ad un prezzo inferiore.

La norma è stata introdotta per favorire ulteriormente l’affermarsi della cultura del farmaco generico, in Italia meno diffusa rispetto ad altri Paesi europei soprattutto del Nord.

In provincia di Trento si registra il più elevato consumo di medicinali equivalenti generici, che rappresentano il 25% delle dosi rimborsate dal SSN (media nazionale: 9%). Su base annua, l’utilizzo di equivalenti generici in Trentino è cresciuto del 20% (dati 2011).



## PROBLEMI NELL'USO DEI FARMACI GENERICI

La maggior parte dei generici disponibili attualmente in Italia è costituita da farmaci ad ampia maneggevolezza: il loro utilizzo in sostituzione degli equivalenti prodotti di marchio non comporta una variazione significativa della probabilità di successo e del rischio di reazioni avverse.

I farmaci che hanno un **basso indice terapeutico** pongono tuttavia maggiori problemi di sostituibilità, perché piccole variazioni di biodisponibilità, passando dall'originatore al generico possono comportare sensibili variazioni di efficacia e/o di tollerabilità. Tra queste classi rientrano, ad es., gli anticoagulanti orali, gli antiaritmici. Anche alcuni immunosoppressori, come tacrolimus, rientrano nella

categoria dei farmaci a basso indice terapeutico: lievi modificazioni della concentrazione plasmatica di questi farmaci possono comportare gravi conseguenze in termini di tossicità o perdita di efficacia. In questo particolare ambito terapeutico, la sostituzione di un farmaco originatore con un generico, o quella di un generico con un altro generico, deve essere prescritta da un medico esperto del trapianto e valutata nel suo rapporto rischio/beneficio poiché ogni sostituzione deve essere seguita da controlli dei livelli plasmatici del farmaco e sostituzioni ripetute e consecutive devono assolutamente essere evitate.

Vi sono infine rari casi di intolleranza a determinati eccipienti presenti solo in alcune confezioni. Può rendersi quindi indispensabile

per il medico specificare, accanto al principio attivo, anche il nome della confezione, sia essa l'originatore che un particolare generico, assolutamente **NON SOSTITUIBILE**, per motivi prettamente clinici. Vengono descritte anche situazioni in cui un farmaco generico può essere scambiato con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome, soprattutto da pazienti anziani fragili, con possibili gravi errori terapeutici. In questo caso, per motivare la non sostituibilità del farmaco prescritto è stato suggerito di utilizzare quale motivazione "**LASA**" acronimo di "Look-Alike/Sound-Alike". Per studiare, prevenire, fornire indicazioni agli operatori, ecc. il Ministero della Salute ha anche attivato il Progetto "Farmaci LASA e Sicurezza dei pazienti".

# Proposte per la Sanità Trentina

## Attività chirurgica: il problema delle sale operatorie

di Giuliano Brunori, Claudio Ramponi, Giovanni de Pretis, Walter Spagnolli, Paolo Dorigatti, Alberto Valli, Marco Ioppi, Dino Leonesi

**A** livello territoriale si va sempre più incrementando il bisogno e la richiesta di attività chirurgica da parte dei cittadini della provincia di Trento, bisogno e richiesta che esigono una risposta sia in termini di attività quantitativa che di elevata complessità tecnico-chirurgica.

Raccogliendo tale esigenza l'APSS, negli ultimi anni, ha promosso ed accompagnato un processo organizzativo-professionale finalizzato a creare ed a rendere disponibile, nelle strutture ospedaliere, un incremento dell'offerta chirurgica, anche con l'avvio delle attività di cardiocirurgia,

neurochirurgia, chirurgica toracica.

L'attività chirurgica effettuata in sala operatoria rappresenta il risultato finale di un complesso processo di cura che comprende la valutazione preoperatoria, l'intervento chirurgico, il decorso postoperatorio. In questo processo sono coinvolte diverse figure professionali, quali il chirurgo, l'anestesista, il personale infermieristico e l'impegno di gran parte dei servizi diagnostici e di supporto ospedalieri. L'insieme di queste attività ha elevata valenza professionale ed organizzativa ed un corrispettivo elevato costo gestionale. Se la sala

operatoria è quindi luogo dove è massima l'espressione di sintesi della attività chirurgica, è anche luogo dove massima deve essere la tensione ad operare con efficienza, efficacia ed appropriatezza.

L'aumento progressivo della domanda di attività chirurgica in ambito provinciale ha messo in evidenza la rigidità e la mancanza di flessibilità di un sistema che si è trovato in difficoltà nel garantire risposte con tempi di attesa adeguati. Si è cercato, pertanto, di individuare quali sono gli elementi che alimentano questo fenomeno che possono così essere rappresentati:

- disponibilità di spazi operatori
- possibilità di programmare una assistenza intensiva post operatoria (posti letto in unità di terapia intensiva, UTI)
- disponibilità di risorse umane.

L'impegno profuso per migliorare la capacità di risposta alla domanda, da parte del sistema ospedaliero, pare essere, ad oggi, ancora insufficiente con conseguente difficoltà nella gestione delle liste operatorie, allungamento dei tempi di attesa, insoddisfazione dei pazienti e sviluppo di fenomeni di opzione degli stessi per sedi extra-provinciali.

#### **Elementi di criticità:**

- presenza di un clima lavorativo storicamente non sempre ottimale tra le figure professionali che interagiscono in sala operatoria, anestesista, chirurgo, infermiere - tecnico (equipe) quale esito di:
    - una turnistica dei professionisti coinvolti non sempre allineata alle attività operatorie programmate, con un non infrequente rilievo di diastasi tra l'esigenza di esaurire la lista operatoria giornaliera e la durata del turno lavorativo
    - del fatto che i professionisti che operano nelle sale operatorie - blocco operatorio - hanno la loro dipendenza gerarchica in capo ad unità operative diverse, con conseguente difficoltà nella condivisione e nell'espletamento degli obiettivi di attività
    - poca efficienza nei tempi complessivi del percorso che il paziente compie dal reparto al tavolo operatorio
- informativa da rendere al paziente in attesa di intervento chirurgico - in particolar modo in caso di rinvio dell'intervento stesso - in carico, ad oggi, esclusivamente al chirurgo senza il coinvolgimento dell'anestesista

- mancata individuazione nelle singole sale operatorie, di un responsabile di equipe che abbia competenza di coordinamento e gestione dei vari professionisti in funzione del programma operatorio di giornata
- mancata strategia sincrona e condivisa nello sviluppo di interazioni e proposizioni sul percorso di cura da offrire al paziente chirurgico, da parte dei dipartimenti provinciali di anestesia e delle branche chirurgiche
- e il sistema ospedaliero provinciale dispone di sale operatorie in ogni struttura, tuttavia la tipologia e la complessità degli interventi effettuabili nelle singole realtà è nettamente differenziata e risente della organizzazione ospedaliera, avendo gli ospedali di Trento e Rovereto la disponibilità di UTI e Servizi h 24, mentre gli ospedali di periferia sono senza UTI e senza Servizi h 24.
- le sale operatorie degli ospedali sono sottoutilizzate soprattutto durante le ore pomeridiane
- l'attività chirurgica di urgenza emergenza interferisce con l'attività chirurgica programmata. In tal senso non è infrequente che quest'ultima venga rinviata per la necessità di interventi urgenti
- non sempre sono disponibili posti letto per il post operatorio in UTI per gli interventi chirurgici complessi o per pazienti a rischio elevato per patologie associate: ciò è conseguenza del fatto che il posto letto programmato può essere occupato nell'immediato preoperatorio da una imprevista problematica urgente con la conseguente sospensione dell'intervento chirurgico programmato
- e la mancanza di modelli organizzativi per l'attività operatoria

da effettuare al di fuori degli orari di servizio prestabiliti

#### **Proposte di miglioramento:**

##### **1. in termini di efficienza del sistema sale operatorie**

- ricostruire e/o migliorare il clima lavorativo di equipe, tra professionisti chirurghi, anestesisti, infermieri con l'obiettivo di conoscere le reciproche necessità operative e professionali e di elaborare, con un confronto interdipartimentale, piani di lavoro caratterizzati dalla responsabilizzazione e dalla condivisione di obiettivi incentrati sulla necessità di dare risposte ai bisogni dei pazienti in attesa di intervento
- ripensare e ridisegnare l'attività della turnistica dei professionisti operativi in sala operatoria finalizzata all'esaurimento delle liste operatorie giornaliere: in tale contesto si ha motivo di ritenere che una turnistica lavorativa dei professionisti che preveda il prolungamento del tempo di sedute operatorie oltre l'attuale orario, 8.00-14.00, espandendolo almeno sino alle ore 16.00 possa essere attivata agendo, quasi esclusivamente, sulla leva organizzativa
- ricercare l'efficienza del sistema di attività di sala operatoria in relazione ai tempi di percorso del paziente "dal reparto al tavolo operatorio e alla sala risveglio" al fine di migliorare i tempi delle diverse fasi pre- e post-intervento: rispetto dell'orario di inizio delle sedute operatorie, del tempo di trasporto del paziente in sala, della preparazione dello stesso sino all'arrivo sul tavolo operatorio e in sala risveglio
- garantire la disponibilità, per l'attività chirurgica complessa, del posto letto in UTI per il postoperatorio in modo da ridurre al minimo la necessità di sospendere gli interventi chirurgici già programmati: va incrementata

la sussidiarietà tra le UTI provinciali di Trento e Rovereto, l'incremento dei posti in UTI in relazione al fabbisogno in base agli standard nazionali (in parte già in atto), e infine lo sviluppo, nell'Ospedale di Trento, di aree di semi-intensiva in reparti riconosciuti "ad elevata assistenza" in grado di gestire i pazienti stabilizzati dell'UTI

## 2. In termini di organizzazione

- la dotazione strumentale-chirurgica ed elettromedicale delle diverse sale operatorie dell'Azienda dovrà essere omogenea e adeguata alla tipologia di interventi cui è destinata la struttura, ivi comprese le apparecchiature radiologiche
- di supporto all'attività chirurgica. Ciò facilita la flessibilità e mette in condizioni i professionisti di operare con efficienza ed efficacia in qualsiasi sala operatoria: anche in questo i Dipartimenti devono giocare un ruolo preciso così come previsto dal Regolamento Aziendale 3.2.1.4 ove si recita che il Dipartimento "promuove innovazioni in campo organizzativo, professionale e tecnologico".
- e i Dipartimenti chirurgici per perseguire la *mission* loro affidata "sviluppa e coordina le attività di formazione continua del personale ... supporta il reciproco scambio di competenze e professionalità ... promuove e verifica la qualità dell'assistenza fornita, attiva gruppi di miglioramento e ne individua i responsabili (cfr Reg az. 3.2.1.4) dovranno organizzarsi con nuclei di professionisti in grado di portare formazione e conoscenze in tutti i presidi ospedalieri aziendali onde assicurare qualità e appropriatezza dell'assistenza chirurgica fornita.
- il modello operativo per le sale operatorie disponibili nelle varie strutture ospedaliere, va ri-

pensato con l'identificazione di strutture o sale operatorie da destinarsi ad attività chirurgica da effettuarsi prevalentemente o in via esclusiva in regime di elezione e l'individuazione di strutture ospedaliere o sale operatorie da destinarsi ad attività chirurgica da effettuarsi in urgenza-emergenza li. 24

- l'utilizzo delle sale chirurgiche esistenti nelle diverse strutture ospedaliere, in relazione alle tipologie di intervento in esse erogabili e con attenzione alla vocazione dell'ospedale, va programmata attraverso un coordinamento interdipartimentale da parte della Direzione del presidio ospedaliero
- vanno promosse ed identificate sinergie e complementarietà con l'attività chirurgica erogata nelle strutture ospedaliere convenzionate: in tal senso i dipartimenti devono avere ruolo quali elementi tecnici nel definire la tipologia quali-quantitativa di interventi da erogare in regime di convenzione e in relazione a questo sono strumenti di coinvolgimento dei professionisti delle strutture convenzionate al fine di rendere comuni ed appropriati i percorsi di cura
- coinvolgimento e integrazione nella attività chirurgica programmata, di figure di medico anestesista a "gettone" per dare risposta a situazioni nelle quali vi sia la necessità di contenere le liste di attesa
- riportare all'interno del Dipartimento di riferimento l'attività degli specialisti territoriali, per prevenire una quota di mobilità passiva indotta, non infrequentemente, da tali professionisti

## 3. In termini di responsabilizzazione dei professionisti

- in base al nuovo regolamento aziendale (3.2.1.7) la Direzione Sanitaria è responsabile della gestione del blocco operatorio: tale attività dovrà svilupparsi di

concerto e con una programmazione condivisa con direttori delle U.O interessate

- al fine di evitare la sospensione di interventi programmati per il protrarsi dell'attività oltre l'orario stabilito e tenuto conto che in ciascuna sala operatoria sono operativi professionisti (chirurghi, anestesisti, infermieri) che hanno dipendenza gerarchica da diverse unità operative con un diverso grado di responsabilizzazione nei confronti dell'esaurimento della lista operatoria giornaliera, si rende strategico e necessario individuare, per ogni seduta operatoria "il responsabile di equipe di sala" che ha l'autorità nel gestire i professionisti in funzione dell'attività programmata di giornata. Tale figura non può non essere identificata che nel chirurgo in quanto è il professionista che effettua l'atto chirurgico ed è colui che ha in carico il percorso di cura dei pazienti.

## 4. In termini di strumenti incentivanti

- risulta strategico finalizzare l'incentivazione:
  - per il personale medico ed infermieristico all'obiettivo del contenimento dei tempi di attesa chirurgici (quote di risultato collegate al budget di UO e/o di Dipartimento, progetti speciali de! DG, quote orarie incentivate (POA)
  - per la mobilità dei professionisti finalizzata ad effettuare attività chirurgica nelle varie sedi ospedaliere provinciali in integrazione con equipe chirurgiche esistenti, in base ad una strategia dipartimentale, deve costituire obiettivo di sistema, permettendo in tal modo un utilizzo massimale delle sale operatorie periferiche, una crescita professionale delle figure coinvolte e una maggior omogeneità degli standard qualitativi offerti sul territorio

# Contributo per il nuovo regolamento dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari

di Giuliano Brunori, Walter Spagnoli, Paolo Dorigatti, Alberto Valli, Marco Ioppi, Dino Leonesi

## Elementi di proposta per il regolamento aziendale

### ASPETTI GENERALI

#### Modello organizzativo

(ex art 14)

L'Azienda, nel rispetto delle competenze specifiche attribuitele dalla Legge provinciale n. 16/2010, adotta modelli funzionali atti a soddisfare i bisogni di salute dei pazienti/cittadini avvalendosi di logiche di processo che tendano alla unitarietà ed alla finalizzazione complessiva delle prestazioni erogate. In tal senso il funzionamento aziendale deve esplicarsi attraverso modelli organizzativi basati sulla visione unitaria del processo assistenziale.

#### La ricerca (ex ad 3 e 48)

L'Azienda promuove la ricerca, lo sviluppo tecnologico-scientifico, la formazione e la specializzazione dei propri operatori avvalendosi prevalentemente dell'Università (teaching hospital, specializzazioni, master).

La ricerca deve essere prioritariamente di tipo clinico e finalizzata all'assistenza, realizzata da parte dei professionisti clinici, e/o accademici, avvalendosi di idonee risorse.

La promozione, programmazione e valutazione di tali attività sono di competenza del Comitato aziendale per la ricerca e lo sviluppo.

Il Comitato è composto da sette membri, due clinici, un amministrativo, due medici del mondo accademico ed un rappresentante delle professioni sanitarie, ed è presieduto dal Direttore generale. Il Comitato aziendale si relaziona con i Soggetti cui compete, in ambito provinciale, la programmazione in tema di ricerca e formazione.

#### Le funzioni amministrative

(ex ad 3)

L'Azienda garantisce ai professionisti le migliori condizioni per lo sviluppo dei processi clinico-assistenziali identificando gli strumenti, vuoi di tipo informatico che di risorsa umana, atti a facilitare e supportare, per l'adempimento delle funzioni amministrative, sia i Dipartimenti le UUOO o i Servizi.

### IL SISTEMA OSPEDALIERO PROVINCIALE E LA SUA RETE

#### La struttura organizzativa del Sistema ospedaliero provinciale (ex Art 15, 85, 94)

Il Servizio ospedaliero provinciale (SOP) è costituito dagli ospedali pubblici coordinati in un'unica rete secondo criteri di sussidiarietà ed efficienza. Nell'ambito del servizio ospedaliero provinciale sono erogate prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, in regime ambulatoriale e di ricovero. Le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono assicurate in forma integrata con i servizi territoriali.

Il sistema ospedaliero pubblico è organizzato per livelli crescenti di specializzazione ed è operativo in rete secondo criteri di complessità clinica e si avvale di un sistema dei trasporti secondari interospedalieri, opportunamente adeguato alla nuova organizzazione. Al sistema ospedaliero provinciale fanno riferimento anche le strutture convenzionate attraverso specifiche azioni di integrazione e regia dipartimentale per favorire sinergie,



Dott. Marco Ioppi.

complementarietà ed uniformità di approccio professionale.

Il sistema ospedaliero provinciale si avvale dell'organizzazione dipartimentale al fine di:

- assicurare la pianificazione dei livelli qualitativi dei servizi, dei processi, delle risorse professionali e tecnologiche
- organizzare le attività ospedaliere secondo criteri di visione sistemica ed unitaria dell'approccio professionale al paziente, superando la frammentazione strutturale e professionale
- definire il ruolo dei singoli presidi ospedalieri attraverso la determinazione degli standard assistenziali e della tipologia delle attività loro assegnate
- condividere i percorsi clinico-assistenziali per le patologie acute, croniche e neoplastiche
- organizzare l'attività ambulatoriale per la presa in carico del problema clinico e non per singola prestazione (attività tipo day service)

## I Dipartimenti (nota a)

L'Azienda adotta il modello dipartimentale ospedaliero, di tipo clinico-gestionale e professionale, quale modello ordinario di gestione operativa delle attività assistenziali. I Dipartimenti sono aggregazioni di Strutture complesse e semplici e/o di Servizi. Il responsabile di ciascun Dipartimento è un direttore di struttura complessa.

I servizi erogati dal sistema ospedaliero provinciale e dai distretti si realizzano attraverso il Dipartimento che coordina anche le attività specialistiche aziendali, convenzionate e di assistenza primaria.

Sono istituite due tipologie di Dipartimenti interospedalieri:

1. *I Dipartimenti clinico - gestionali*

2. *I Dipartimenti professionali*

• *I Dipartimenti clinico-gestionali* sono strutture complesse dell'Azienda con funzioni di indirizzo per l'integrazione clinica ed organizzativa dei processi assistenziali e per l'elaborazione dei piani di sviluppo delle attività, disponendo di risorse per l'esercizio della funzione tecnico-amministrativa, di competenze di organizzazione ospedaliera e di uno specifico budget. Nell'esercizio delle proprie funzioni, il Direttore si avvale di un Comitato composto dai direttori di UUOO, dai rappresentanti delle professioni sanitarie e/o dal Direttore di ospedale e da quello di distretto. Il Direttore di Dipartimento partecipa alle attività di negoziazione aziendale per stabilire la tipologia e la quantità dei servizi da erogare in regime di convenzione. I Dipartimenti clinico-gestionali sono identificati in base alle funzioni strutturate presenti in tutti i presidi del sistema ospedaliero provinciale e il loro responsabile si re-

lazione con il Direttore del Servizio ospedaliero provinciale.

- Dipartimento di Medicina interna e di PS. (comprende i PS dei presidi ospedalieri periferici)
- Dipartimento di Chirurgia generale
- Dipartimento di Ortopedia e Traumatologia
- Dipartimento Materno Infantile, compresa l'attività dei consultori
- Dipartimento Nefrologia e dialisi (UO e Centri dialisi nei distretti)
- Dipartimenti dei Servizi: Laboratorio, Radiologia, Anestesia

• *I Dipartimenti professionali*, formati dalle UUOO afferenti, sono finalizzati a rendere integrati ed omogenei i processi assistenziali attraverso:

- l'elaborazione dei percorsi di cura
- l'aggiornamento scientifico teorico pratico
- la formulazione di proposte innovative di modelli ciclici

I Dipartimenti sono presieduti da un Direttore di struttura complessa, con funzioni di coordinamento tecnico-scientifico-professionale che si relaziona con il direttore del servizio ospedaliero provinciale.

In questo ambito la tipologia dei Dipartimenti identificati è, ad esempio, la seguente:

- Dipartimento cardiovascolare
- Dipartimento di oncologia
- Dipartimento di pneumologia
- Dipartimento dell'urgenza e emergenza

## I Dipartimenti intraospedalieri

I Dipartimenti intraospedalieri hanno il compito di assicurare il coordinamento delle funzioni e delle attività omogenee in essi ricomprese e il loro direttore è responsabile al direttore dell'ospedale.

## Il Distretto e i Medici di medicina generale (nota b e nota c)

Ex art. 77-84

I distretti sanitari sono l'articolazione organizzativa territoriale dell'azienda. I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono parte integrante del servizio sanitario provinciale e costituiscono, preferibilmente in forma associata, il punto di accesso privilegiato ai servizi.

L'attività sanitaria territoriale deve integrarsi con le attività di diagnosi e cura del servizio ospedaliero, anche attraverso l'attività specialistica ambulatoriale, la condivisione dei percorsi di cura e l'uso della telemedicina.

La sperimentazione di gestione in forma associata della continuità assistenziale h 24, trova nell'organizzazione ospedaliera, le collaborazioni ritenute necessarie alla definizione della diagnosi e al percorso terapeutico, al fine di ridurre le ospedalizzazioni.

Per la formazione dei medici di medicina generale l'Azienda riconosce la **Scuola di formazione in Medicina Generale** quale strumento di connessione professionale strutturato tra la medicina ospedaliera e territoriale. Il tirocinio pratico ospedaliero e la condivisione di percorsi clinico-assistenziali sono requisiti per il conseguimento del diploma.

Le **residenze sanitarie assistenziali (RSA)** sono soggetti della rete dei servizi sociosanitari quali strutture in interazione organizzativa sia con l'assistenza territoriale che con quella ospedaliera; si avvalgono in particolare della rete informatica, di prestazioni specialistiche e identificano, se del caso, aree di degenza per patologie specifiche. Possono inoltre erogare servizi a valenza sanitaria anche per l'utenza esterna.

**Il sistema 118 TE** (ex ad 74)

I trasporti primari in urgenza emergenza gestiti dal 118 TE sono effettuati coordinandosi e integrandosi operativamente con le strutture di pronto soccorso ospedaliero in funzione della complessità clinica dell'intervento.

I trasporti secondari interospedalieri urgenti-emergenti (sia in termini di protezione sanitaria medico-infermieristica, che di adeguatezza del mezzo di trasporto) sono organizzati in collaborazione con i presidi ospedalieri.

Il personale sanitario del 118 TE, non utilizzato nei trasporti primari o secondari, è impegnato nelle attività di pronto soccorso.

Al fine di esplicitare alcune formulazioni rese nel documento in forma sintetica, e/o richiamare l'attenzione su temi non approfonditi nel documento, si ritiene opportuno produrre note a margine che vengono così elencate

**(nota a)**

*La struttura organizzativa dei dipartimenti è a matrice con espliciti elementi di compartecipazione:*

- *la struttura a matrice prevede una componente trasversale del dipartimento che collega le UO o Servizi di cui è composto, comprese le eventuali attività distrettuali, ed una componente verticale rappresentata dalle singole strutture ospedaliere. Le due componenti sono tra loro intersecanti ed interagenti. Il dipartimento quindi esprime la sua azione in funzione della risultante di queste componenti: da un lato esso è in dipendenza dalla Direzione centrale (visione sistemica dei problemi e delle necessità, programmi di sviluppo) e dall'altro esso è in interazione obbligata con le Direzioni mediche dei singoli Ospedali (visione locale dei problemi e*

*delle necessità, identificazione delle disponibilità in termini di servizi per l'attività provinciale). In maniera critica la matrice verticale del dipartimento garantisce il mantenimento della unitarietà organizzativa e sinergica degli ospedali e rappresenta l'interfaccia insostituibile verso le necessità del territorio*

- *il Dipartimento deve essere compartecipato da parte dei professionisti che lo compongono e quindi in esso devono essere previsti specifici momenti regolatori quali la partecipazione ai programmi di attività, la condivisione delle decisioni e il mantenimento in alcuni casi di strumenti di autonomia nella definizione dei programmi e delle necessità delle risorse.*

**(nota b)**

*Qualsiasi evoluzione professionale ed organizzativa sostenibile del sistema sanitario provinciale passa attraverso un migliore, diverso ed innovativo coinvolgimento della medicina sul territorio, valorizzata ed integrata in osmosi con la rete della medicina ospedaliera. Il sistema sanitario provinciale si avvale per la realizzazione degli obiettivi finalizzati alla garanzia della salute dei cittadini della medicina territoriale. Punto di riferimento del paziente/cittadino è il distretto, che garantisce capacità diagnostica (sia specialistica che strumentale).*

*Per la realizzazione degli obiettivi del distretto sarà privilegiata, per la medicina territoriale, la forma dell'associazionismo fra i medici di medicina generale per garantire la continuità assistenziale b. 24.*

*Sono auspicati anche modelli di cogestione, unitamente ai medici ospedalieri, di pazienti ricoverati nei presidi della rete ospedaliera provinciale.*

*Sono da programmare incontri istituzionali fra il Direttore di ospedale e 11 Direttore di distretto, unitamente al comitato di coordinamento dell'integrazione socio-sanitaria, al fine di realizzare una completa integrazione ospedale-territorio. In particolare questi incontri sono da prevedere al momento della discussione del budget aziendale e degli obiettivi assegnati dall'azienda sanitaria e per interventi finalizzati a dare risposte ad esigenze specifiche del territorio in cui insiste il distretto e l'ospedale.*

**(nota c)**

*Per favorire l'erogazione della tipologia specialistica improntata alla appropriatezza ed alla qualità delle prestazioni l'attività ambulatoriale specialistica erogata da parte di soggetti o enti convenzionati deve essere strettamente integrata con quella della rete specialistica ospedaliera attraverso le organizzazioni dipartimentali.*

**(nota d)**

*Art 21, legge 1612010. Non essendo prevista dalla norma la presenza del **direttore di ospedale** nel Comitato di integrazione socio-sanitaria, si invita a voler approfondire strumenti e modalità atte a permetterne la sua presenza al fine di rendere possibile l'interfaccia ospedale-territorio.*

**(nota e)**

*Art. 33, legge 16 non prevede il **servizio infermieristico distrettuale** che si ritiene strategico ed essenziale per sviluppare modelli organizzativi e professionali dell'assistenza che aiutino l'integrazione e rafforzino l'interdisciplinarietà. Ragione per la quale si suggerisce di costituire un coordinamento gestionale comune infermieristico tra presidio ospedaliero e distretto.*

**(nota f)**

*La figura medica delle **cure palliative** è opportuno risponda al*

Direttore di distretto e, dal punto di vista professionale, è integrato con le strutture dipartimentali delle aree maggiormente coinvolte nella gestione delle patologie in fase terminale.

**(nota g)**

**L'integrazione socio-sanitaria** prevede l'erogazione di servizi finalizzati a soddisfare i bisogni di salute della persona che necessita dell'erogazione congiunta di prestazioni sanitarie e di azioni di protezione sociale, allo scopo di garantire la continuità curativa e assistenziale.

L'operatività per queste azioni si estrinseca attraverso momenti programmatori e momenti organizzativi operativi

Il momento di **programmazione** è rappresentato dall'attività del Comitato di coordinamento dell'integrazione socio-sanitaria istituito presso ciascuna Comunità a cui deve partecipare come elemento costitutivo anche il Direttore di ospedale ed il responsabile dei servizi infermieristici.

Il momento **organizzativo** è rappresentato dalla presa in carico dei problemi socio sanitari e per la continuità delle cure sono istituiti in maniera integrata sia a livello di distretto che di presidio ospedaliero.

A livello distrettuale sono operative due organizzazioni il **punto unico di accesso (PUA)** e l'**unità di valutazione multidisciplinare (UVM)**.

Il punto unico di accesso distrettuale opera su singoli pazienti/cittadini a seguito di segnalazione da parte del personale sanitario o sociale del territorio, per accesso diretto o per segnalazione da parte dell'ospedale. In esso sono presenti la figure del coordinatore sanitario di percorso e l'assistente sociale. In base alle necessità rilevate, gli stessi predispongono un piano di cura e/o assistenza

personalizzato interagendo con le altre figure professionali del territorio, con l'ospedale, con le strutture protette o le RSA.

Il coinvolgimento della UVM è effettuata per progetti ad elevata interazione sociale e/o sanitaria (ADI, ADI-CP, RSA) e la sua attivazione avviene in base alle necessità rilevate attraverso l'indicazione data dal punto unico di accesso o attraverso l'indicazione data dalla struttura ospedaliera.

A livello di presidio ospedaliero le necessità sanitarie di continuità di cura o le necessità socio sanitarie sono prese in carico dalla figura del coordinatore infermieristico di percorso. Questa figura interagisce con l'analoga figura professionale distrettuale (PUA) per pianificare la continuità delle cure e le necessarie azioni di protezione sociale sul territorio (assistenza sanitaria programmata, necessità sociali, ADI).

**RIFLESSIONI,  
OSSERVAZIONI  
E CHIARIMENTI**

**Le funzioni ed i rapporti gerarchici dei dipartimenti del SOP:**

i dipartimenti sono la modalità ordinaria di gestione delle attività sanitarie ospedaliere, il modello adottato ha una struttura a matrice atta a collegare gli ospedali in un singolo sistema ospedaliero provinciale.

È dato per acclarato e condiviso, che i singoli presidi ospedalieri mantengono la loro unitarietà funzionale e che la gestione delle risorse sono in capo al direttore di ospedale ed ai direttori di UO e che le singole UUOO negoziano gli obiettivi di budget con il direttore di ospedale. Alla luce di ciò rimangono da chiarire i seguenti aspetti di funzionamento operativo:

- come si inseriscono gli obiettivi assegnati ai dipartimenti nel budget che l'UO negozia con il direttore di ospedale
- quali sono le risorse e le leve organizzative in capo al dipartimento per obiettivi forti (temi di attesa, riduzione mobilità passiva, necessità di mobilità professionale)
- quale è il rapporto gerarchico discriminante nei rapporti tra direttore di UO, direttore di ospedale e direttore di dipartimento
- quali sono le modalità di coinvolgimento dei dipartimenti nelle attività territoriali della specialistica convenzionata, dei consultori dell'area materno infantile e delle attività di ricovero convenzionata
- chi tra il direttore di ospedale e di dipartimento effettua la valutazione della performance della UO in relazione agli obiettivi di budget

**La tipologia dei dipartimenti:**

la valutazione della tipologia di aggregazione dei dipartimenti rileva criteri diversi di attribuzione delle aree dipartimentali. Nella proposta del gruppo di lavoro la composizione dei dipartimenti derivava dalle macro aree di attività esistenti in tutti gli ospedali, in particolare in quelli di distretto che di fatto sono le strutture da integrare nel SOP e per i quali è cogente l'esistenza dello strumento di coesione dipartimentale (area medica, chirurgica, ortopedica, materno infantile, servizi). In parte i dipartimenti individuati nella bozza di regolamento corrispondono a ciò ed in parte se ne discostano. Stante comunque il disegno della tipologia dei dipartimenti proposti si rileva che tra essi il dipartimento medico coinvolge un numero molto elevato ed eterogeneo di UUOO, l'aggregazione proposta rende difficile immaginare un efficace coordi-



Gli Istituti ospedalieri di Trento.

namento e funzionamento. In tal senso potrebbe essere ipotizzato un dipartimento medico di area internistico-geriatrica distinto da un dipartimento medico specialistico. Ciò deriva dal fatto che l'area medica internistico-geriatrica è la dorsale, rappresenta le fondamenta, del sistema ospedaliero in quanto le UUOO sono rappresentata in tutti gli ospedali provinciali (N. 8 e N. 3 UUOO), si fa carico del 71% dei ricoveri acuti medici provinciali, della maggior parte dei ricoveri per patologia specialistica, della gestione di oltre il 50% degli accessi provinciali di PS ed eroga decine di migliaia di prestazioni ambulatoriali specialistiche.

**Il ruolo ed il significato delle reti cliniche provinciali:** le reti hanno la funzione di rendere omogenee in ambito provinciale le modalità di cura di alcune macropatologie o di alcune pratiche mediche. Esse appaiono importanti momenti professionali funzionali trasversali, tuttavia nella loro composizione organizzativa non figurano, accanto ai professionisti ospedalieri, i professionisti del privato convenzionato. Non vi è inoltre riferimento ad alcune macropatologie a rilevanza provinciale quali l'urgenza emergenza, la diabetologia, l'endocrinologia e le malattie infettive.

Per alcune aree di patologia le reti si sovrappongono ai dipartimenti, vedi cardiovascolare, oncologia,

neurologia, e per tale motivo sembrerebbero appesantire il sistema e non parrebbero necessarie se in questi dipartimenti fossero presenti rappresentati delle realtà operative che trattano la patologia oggetto del dipartimento. In altre esse, ed il loro significato, sono insite nei dipartimenti stessi, vedi ortopedia, chirurgia, materno infantile.

Nell'organigramma le reti appaiono essere strutture organizzative il cui governo è non chiaramente definito. Se, come sembra, dipendono dal Direttore del SOP, quindi sovrastrutture ai dipartimenti, in tal senso non è chiaro quale è il rapporto gerarchico tra esse, il dipartimento e le UUOO che le compongono.

**Il governo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e delle prestazioni erogate in regime di ricovero convenzionato:** la bozza del regolamento individua una funzione specialistica ambulatoriale a sede centrale che ha nel mandato la definizione di standard e linee guida per le prestazioni intramoenia. In tal senso non traspare quale sia il rapporto tra questa struttura ed i dipartimenti che hanno le specifiche competenze professionali nella definizione degli standard delle prestazioni specialistiche da erogare. Elemento critico inoltre è il fatto che non vi è riferimento, tra

le funzioni del servizio ambulatoriale, del necessario ed essenziale coordinamento aziendale delle attività specialistiche sia territoriali istituzionali che delle attività specialistica convenzionata. Aspetto rilevante è anche il fatto che dalla bozza di regolamento non si evince la presenza di elementi di interazione e/o di coordinamento da parte dei dipartimenti in merito alle prestazioni convenzionate erogate in regime di ricovero.

**Meccanismi operativi dell'interfaccia ospedale - distretto:** in funzione della continuità assistenziale e della integrazione socio sanitaria è di fondamentale importanza creare e rendere operativa ed osmotica l'interfaccia tra territorio ed ospedale.

La bozza di regolamento ha individuato precise responsabilità organizzative in tal senso in carico ai direttori di distretto e di ospedale. La realizzazione dell'interfaccia sembra passare attraverso alcuni strumenti programmatori ed operativi. Il direttore di distretto sembra avvalersi dello strumento di programmazione che è il piano distrettuale per la salute da realizzarsi con il tavolo di coordinamento socio sanitario. Il direttore di ospedale dovrebbe avvalersi di una struttura ospedaliera definita di funzione della continuità assistenziale. Non si comprende con chiarezza tuttavia come queste organizzazioni opereranno nella realtà e di chi sarà la responsabilità nel discriminare eventuali conflitti di competenza o attribuzioni tra i due direttori. Tali strumenti, il tavolo di coordinamento e la funzione continuità assistenziale ospedaliera, così come proposte parrebbero due strutture con funzioni in parte sovrapponibili. Se così fosse potrebbe essere propositivo il pensare ad una unica struttura organizzativa di integrazione a ponte tra ospedale e distretto.

## Il Dipartimento ospedaliero e la Rete clinica

di Giuliano Brunori, Claudio Ramponi, Giovanni de Pretis, Walter Spagnolli, Paolo Dorigatti, Alberto Valli, Marco Ioppi, Dino Leonesi

La nuova configurazione dei dipartimenti risulta essere una tappa essenziale e strategica dell'organizzazione aziendale sanitaria in quanto strumento cardine della "rete" dei servizi erogati. Il potere di indirizzo, coordinamento e controllo circa gli aspetti clinico - assistenziali di competenza delle unità operative aggregate - nel rispetto della autonomia tecnico-professionale dei Direttori di struttura complessa - esercitato dal Dipartimento, unito alla funzione di affiancamento dei responsabili delle unità operative nel processo di negoziazione del budget con il Direttore di AOF per assicurare coerenza tra gli obiettivi dipartimentali - così come assegnati dal Direttore del SOP (cfr. Regolamento 3.2.1.3) - e le unità operative (cfr art 3.2.1, 3.2.1.4 e 3.2.1.4.1 del Regolamento di organizzazione) delinea in maniera forte e inequivocabile ruolo, funzione, competenza ed autonomia del livello dipartimentale.

Il Dipartimento, come modello ordinario di gestione operativa delle attività sanitarie, renderà pertanto possibile alle unità operative ad esso afferenti di interagire ed operare secondo strategie condivise improntate all'appropriatezza, alla equità dell'erogazione delle prestazioni - in termini di attenzione alla persona che di diffusione omologa delle stesse sul territorio - al governo delle risorse, allo sviluppo sostenibile dell'offerta sanitaria, definendo "i percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali e sviluppando le reti cliniche provinciali", il tutto finalizzato a "garantire in maniera omogenea su tutto l'am-



Dott. Giuliano Brunori.

bito aziendale la presa in carico e la continuità assistenziale."

### Il modello organizzativo dipartimentale

Il nuovo modello dipartimentale ospedaliero interpresidio risulta essere una struttura organizzativa che collega gli ospedali del SOP ed interagisce con la loro organizzazione. Sottolineando e condividendo la *mission* assegnata al dipartimento tesa ad esercitare funzioni di coordinamento, integrazione, indirizzo e controllo delle attività svolte dalle unità operative in esso ricomprese, per rendere efficiente ed efficace tale compito, allo stesso dovrà essere assicurato:

- il miglioramento della cultura dei professionisti del lavorare in rete con la definizione dei ruoli e delle competenze delle varie strutture e delle modalità di interagire professionalmente secondo criteri di complessità clinica
- la capacità di proporre e contribuire a creare modelli organizzativi ospedalieri che possano

dare risposte più appropriate in termini di bisogni assistenziali e di uso efficiente delle risorse come l'assistenza alla degenza differenziata per intensità di cura

- la possibilità di contribuire attivamente al miglioramento continuo per lo sviluppo e l'integrazione dei sistemi informatici quali strumenti di condivisione di dati e di dialogo tra i professionisti in grado di ulteriormente favorire la refertazione a distanza ed il teleconsulto
- l'efficienza dei trasporti secondari del sistema TE 118 per rendere più rapidi i trasferimenti tra gli ospedali
- la flessibilità di impiego e la mobilità provinciale dei professionisti attraverso idonei strumenti incentivanti

### Il dipartimento e le reti cliniche

Per quanto si riferisce al tema delle "reti cliniche" chiamate a "garantire il miglioramento della qualità delle cure, l'uniformità di accesso e di trattamento in tutto il territorio provinciale e l'omogeneizzazione delle pratiche tecniche e organizzative" e a cui si prevede sia preposto un responsabile scientifico che coordina i professionisti coinvolti nella rete stessa e richiamando quanto disposto dall' art 3.2.1.4 del regolamento che recita che "il compito primario dei dipartimenti è dato dallo sviluppo delle reti cliniche compito questo assolutamente condivisibile e condiviso - per quanto attiene l'architettura ed il funzionamento delle reti cliniche prefigurate, al fine di evitare possibili interferenze e so-

vrapposizioni, vi è la necessità che venga puntualizzato:

la rete clinica ha fini esclusivamente scientifico professionali; in tal senso per qualsiasi aspetto organizzativo correlato si rapporta con le strutture dipartimentali compito prevalente della rete clinica è quello di affrontare tematiche di interesse trasversale e/o interdipartimentale, restando assodato che tematiche cliniche che abbiano un'afferenza ad uno specifico dipartimento vanno sviluppate all'interno del dipartimento stesso.

### **Il dipartimento e l'integrazione con i servizi di distretto**

Richiamando ancora una volta la *mission* del Dipartimento tesa a definire "i percorsi diagnostico terapeutici e lo sviluppo delle reti cliniche" il tutto finalizzato a "garantire in maniera omogenea su tutto l'ambito aziendale la presa in carico e la continuità assistenziale" non risulta chiaro con quale percorso organizzativo e con quali

strumenti possa essere perseguito l'obiettivo di:

ricomprendere all'interno dei dipartimenti ospedalieri unità operative distrettuali o come si possano instaurare rapporti funzionali con i servizi territoriali, al fine di favorire l'integrazione con le attività socio sanitarie

definire percorsi diagnostico terapeutici omogenei e condivisi se è vero come è vero che ad oggi le attività distrettuali sono slegate da un percorso di relazione ed interazione con le strutture ospedaliere. Risulterebbe, peraltro, quantomeno improprio che tale funzione di coordinamento non fosse insita nella *mission* dipartimentale con l'obiettivo di trasferire e condividere con gli specialisti del territorio - in rapporto convenzionale e non di dipendenza con l'APSS - gli esiti della ricerca clinica, la metodica diagnostica-terapeutica, la sperimentazione e l'innovazione che solo il lavoro di rete riesce a produrre.

### **Il dipartimento e le attività sanitarie convenzionate**

La creazione di un protocollo scientifico-clinico / assistenziale e diagnostico/terapeutico che abbia i requisiti dell'oggettività e della omogenea diffusione su tutto il territorio a garanzia di tutti i cittadini e atto a "rendere coerente con gli obiettivi e le politiche del servizio sanitario provinciale" le attività commissionate alle strutture sanitarie e socio sanitarie private accreditate, non può prescindere dal fatto che venga disciplinata una modalità relazionale-funzionale con i dipartimenti ospedalieri per rendere comuni i livelli di qualità e di appropriatezza secondo i PDTA. Tale relazione funzionale produrrà tra gli altri, quale effetto immediato la significativa riduzione della mobilità passiva frutto, non infrequentemente, di pazienti orientati fuori provincia a seguito di valutazioni degli stessi da parte di specialisti convenzionati.

## LE NUOVE FRONTIERE DEL SISTEMA SANITARIO EUROPEO

**S**i terrà il 19 ottobre 2013, presso il Palazzo delle Terme di Levico (Trento), il Convegno internazionale sulla libertà di circolazione dei pazienti nei paesi europei in conseguenza della ormai prossima entrata in vigore della Direttiva U.E. 2011/24 che sancisce il diritto dei cittadini europei ad avvalersi dei diversi sistemi sanitari nazionali godendo in forma diretta delle stesse prestazioni sanitarie garantite dai singoli stati di appartenenza. La Direttiva stabiliva la scadenza del 25 ottobre 2013 per l'adeguamento delle legislazioni dei singoli stati della comunità europea per rendere efficace tale diritto. Il Convegno prevede una serie di relazioni e tavole rotonde che metteranno a confronto la situazione dei sistemi sanitari europei ed italiani e farà il punto sullo stato di attuazione della Direttiva. La mattinata sarà dedicata alla situazione dei sistemi nazionali sanitari con la partecipazione dell'On. Lara Comi, Parlamentare europeo che riferirà sullo stato di attuazione della Direttiva, di Alberta Schiachì, Vice presidente della UEHP (Union Européenne de l'Hospitalisation Privée), che parlerà del rapporto fra ospedalità privata accreditata e pubblica

in Europa, mentre Carlo Stefanelli, Presidente di AIOP del Trentino, illustrerà la situazione organizzativa e finanziaria dei diversi sistemi sanitari in Europa. Seguirà una tavola rotonda con la partecipazione di esponenti del mondo della politica e della sanità nazionale con lo scopo di verificare la capacità del sistema sanitario italiano di garantire effettivamente il diritto alla cura transfrontaliera nel nostro Paese. Il pomeriggio sarà interamente dedicato alla situazione delle cure termali nel mondo con la partecipazione dei Presidenti dell'OMTH, Ing. Ennio Gori, e dell'ISMH, Prof. Zeki Karagulle, e di esponenti del termalismo internazionale provenienti dal Brasile, dalla Cina, dalla Russia, dalla Romania, dalla Spagna, dalla Germania e dall'Austria. Particolare attenzione verrà dedicata alla ricerca scientifica in ambito termale e ai futuri sviluppi delle cure termali nelle relazioni del Prof. Zeki Karagulle e della Dottoressa Antonella Fioravanti. Il Convegno vuole inoltre indicare agli operatori termali modalità operative che in concreto consentiranno di usufruire delle nuove ed impensabili opportunità determinate dal grande spazio dei 27 Paesi dell'Unione.

# Comunicazioni FNOMCeO

## COMUNICAZIONE N. 24

**OGGETTO:** *Sentenza Consiglio di Stato n. 1890113 - Prestazioni fisioterapiche - Modalità di accesso alle prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale.*

Cari Presidenti,  
si ritiene opportuno trasmettere la sentenza del Consiglio di Stato n. 1890/13 concernente le modalità di accesso alle prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale.  
Si rileva che l'A.I.F.I. - Associazione Italiana Fisioterapisti, Sezione regionale del Veneto, ha impugnato due delibere adottate dalla Regione (la seconda a parziale modifica della prima), ritenendole in contrasto con la normativa statale.  
Tali delibere delineano un ruolo del fisioterapista meramente esecutivo e privo di autonomia rispetto a quello del fisiatra, al quale attribuiscono non solo la diagnosi, ma anche di stabilire le "specifiche prescrizioni", oggetto del programma/progetto riabilitativo individuale, che, invece, secondo l'Associazione ricorrente, rientrerebbero nella competenza del fisioterapista, in base all'art. 2 del D.M. 741 del 14.9.1994 e all'art. 2 della L. 251 del 10.8.2000.  
Ebbene il Consiglio di Stato rileva che l'art. 1, comma 2, del D.M. 741 del 1994 va inteso nel senso che prevede la possibilità per il fisioterapista di prestare la propria attività, prendendo a riferimento le diagnosi e le prescrizioni del medico, sia autonomamente che in équipe, ma solo in funzione esecutiva delle prescrizioni mediche.

## COMUNICAZIONE N. 28

**OGGETTO:** *Decreto 28 marzo 2013 recante "Modifica ed integrazione delle Tabelle A e B di cui al decreto 30 gennaio 1998, relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti".*

Cari Presidenti,  
si ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 94 del 22 aprile 2013 è stato pubblicato il decreto 28 marzo 2013 recante "Modifica ed integrazione delle Tabelle A e B di cui al decreto 30 gennaio 1998, relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti".  
Si rileva in particolare che il **decreto**, considerata la legge 15 marzo 2010, n. 38 recante «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore», individua, ai sensi dell'art. 4, comma 1, del D.P.R. n. 484 del 1997, *la disciplina di «Cure Palliative» nell'area della medicina diagnostica e dei servizi per la categoria professionale dei medici, tra le discipline nelle quali possono essere conferiti gli incarichi di struttura complessa nelle Aziende sanitarie, al fine della regolamentazione concorsuale per il personale medico dirigente del servizio sanitario nazionale dedicato alle cure palliative.*

## COMUNICAZIONE N. 35

**OGGETTO:** *Circolare n. 100 del 17 luglio 2012 recante "Integrazione della circolare n. 45 del 1° marzo 2011 sulla fruizione dei permessi ex art. 33 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, da parte dei dipendenti dell'istituto a seguito delle modifiche introdotte dal D.Lgs. 18 luglio 2011, n. 119".*

Cari Presidenti,  
l'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Cosenza ha provveduto a segnalare a questa federazione, ai fini di un intervento istituzionale, le criticità derivanti dalla applicabilità alla categoria medica della Circolare dell'INPS n. 100 di cui alla fattispecie indicata in oggetto.  
Si ritiene opportuno quindi trasmettere a tutti gli Ordini provinciali la nota inviata dalla FNOMCeO al Direttore generale dell'INPS (Ali n. 1).

AL DOTT. MAURO NORI  
DIRETTORE GENERALE INPS

In ordine alla Circolare di cui alla fattispecie indicata in oggetto questa Federazione, quale ente pubblico esponenziale di tutta la categoria medica e odontoiatrica, rileva particolari elementi di criticità in ordine al contenuto di cui al paragrafo 2 recante "Assistenza ad un familiare disabile residente in altra località - Documentazione giustificativa" di cui si riporta di seguito integralmente il testo: "il comma 3 bis dell'art. 33 della legge n,

104/1992, introdotto. dall'art. 6 dei d.lgs. a. 11912011, prevede che *il lavoratore che fruisce dei permessi di cui al comma 3 per assistere un familiare in situazione di disabilità grave, residente in un comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto al proprio luogo di residenza, debba attestare con un titolo di viaggio o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.*

*Pertanto, nel rispetto delle nuove prescrizioni normative, il dipendente che si trovi nella situazione descritta dovrà presentare la documentazione giustificativa comprovante l'effettuazione del viaggio.*

*Tale documentazione potrà consistere in un titolo di viaggio, qualora ci si avvalga del mezzo pubblico di trasporto per raggiungere l'assistito, ovvero nella ricevuta del pedaggo autostradale o nella copia dell'estratto conto riassuntivo Telepass, se si utilizza il mezzo privato.*

***Qualora il dipendente non possa produrre idoneo titolo di viaggio, potrà dimostrare di avere effettivamente prestato assistenza, mediante rilasciata dal medico curante del disabile ovvero dalla struttura la quale lo stesso è stato accompagnato ad effettuare accertamenti o terapie***".

La scrivente Federazione rileva con riferimento al disposto sopraccitato che nè il medico nè la struttura possono certificare l'identità e la presenza dell'accompagnatore. Potranno ovviamente e solamente invece certificare il fatto che il paziente si è effettivamente presentato a visita. È del tutto evidente che tale disposizione grava il medico di un obbligo e di ulteriori responsabilità che non gli competono. Infatti al medico curante compete

esclusivamente certificare lo stato di salute del paziente visitato, attendendone diagnosi e prognosi, non certo certificare status e comportamenti, quale sarebbe per l'appunto la certificazione della reale effettuazione di un viaggio finalizzato all'assistenza di un parente disabile, ipotizzata dall'INPS ai fini e per gli effetti di cui alla L. 104/1992 e da rilasciare ad un soggetto terzo.

Si sottolinea inoltre che è principio giurisprudenziale ormai consolidato che le circolari amministrative sono atti diretti agli organi ed uffici periferici, ovvero sottordinati, e non hanno di per sé valore normativo o provvedimento o, comunque, vincolante per i soggetti estranei all'amministrazione, onde i soggetti destinatari degli atti applicativi di esse non hanno alcun onere di impugnativa, ma possono limitarsi a contestarne la legittimità al solo scopo di sostenere che gli atti applicativi sono illegittimi perché scaturiscono da una circolare illegittima che avrebbe, invece, dovuto essere disapplicata. In particolare la giurisprudenza ritiene che alle circolari a contenuto meramente interpretativo di una norma di legge non può essere riconosciuto alcuna efficacia esterna, in quanto la circolare non può essere annoverata fra gli atti generali di imposizione.

Pertanto si rileva che la Circolare indicata in oggetto non può vincolare i medici, ai quali non è vietato disattendere in quanto essi restano pienamente liberi di non adottare atti e comportamenti non uniformi alle disposizioni di legge e comunque che si pongano in contrasto alle norme del codice di deontologia medica.

Ciò detto, considerato che la Circolare indicata in oggetto non vincola la stessa autorità che l'ha emanata, si chiede a codesto Ente di modificare e correggere l'interpretazione adottata.

## COMUNICAZIONE N. 46

**OGGETTO: Antipsicotici di seconda generazione - Abolizione piano terapeutico.**

Cari Presidenti,  
facendo seguito alle precedenti note dell'11/02/11, prot. 1537 e dell'11/04/11, prot. 3331, concernenti la tematica di cui all'oggetto che questa Federazione ha seguito con particolare interesse, Vi informo che l'AIFA, con determina del 23 aprile 2013, n. 443, pubblicata sulla G. U. n. 119 del 23 maggio 2013, ha abolito l'obbligo di prescrizione con diagnosi e piano terapeutico per i medicinali antipsicotici di seconda generazione (medicinali a base di: aripiprazolo, asenapina, clozapina, olanzapina, paliperidone, quetiapina, risperidone, ziprasidone). Restano invariate le condizioni di prezzo e le altre modalità prescrittive.

## COMUNICAZIONE N. 47

**OGGETTO: Medici fiscali dell'INPS - Interrogazione parlamentare presentata dal Presidente della FNOMCeO.**

Cari Presidenti,  
Come è noto questa Federazione ha già richiesto l'attivazione urgente di un tavolo interministeriale che recepisca le problematiche e che intervenga, identificando idonee risorse, "revocando immediatamente il provvedimento di sospensione, nell'interesse, in primo luogo, dell'appropriatezza delle prestazioni e del contenimento delle spese reali, al di là di ogni co-

smesi di bilancio". La FNOMCeO ritiene infatti che ogni intervento di ridefinizione del rapporto di lavoro dei medici fiscali dell'Inps possa essere discusso **"solo dopo la revoca del provvedimento di sospensione delle visite fiscali e solo dopo aver ottenuto idonee garanzie per il mantenimento del posto di lavoro dei medici attualmente impegnati. Anche la natura giuridica del rapporto di lavoro dei medici fiscali necessita di una ridefinizione che garantisca alla categoria stabilità e diritti sindacali"**.

Senato della Repubblica - Seduta n. 034 del 516113

Interrogazioni orali con carattere d'urgenza ai sensi dell'articolo 151 del Regolamento

BIANCO, DIRINDIN, PADUA, SILVESTRO, LAI, FAVERO, ORRU' - Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali - Premesso che:

il comma 108 dell'articolo 1 della legge 24 dicembre 2012, n. 228 (legge di stabilità per il 2013), prevede che gli enti pubblici di previdenza e assistenza sociale adottino ulteriori interventi di razionalizzazione per la riduzione delle proprie spese, in modo da conseguire, a partire dal 2013, risparmi aggiuntivi non inferiori a 300 milioni di euro annui;

per raggiungere tale obiettivo, l'Inps ha stabilito la sospensione, a decorrere dal 10 maggio 2013, delle visite mediche di controllo domiciliare disposte d'ufficio dall'ente, lasciando operative solo quelle richieste dai datori di lavoro;

tale decisione ha comportato la sospensione del rapporto di lavoro per circa 1.200 medici assegnati alle attività di controllo d'ufficio delle assenze per malattia;

premesso altresì che, a quanto risulta agli interroganti:

si tratterebbe di un provvedimento preso senza alcun preavviso, in

conseguenza del quale è verosimile che possa verificarsi un importante aumento delle assenze per malattia soprattutto in relazione alle prognosi e quindi una spesa ben superiore rispetto a quanto l'Istituto investe in un anno per le visite mediche di controllo d'ufficio, configurando un errore di possibile interesse giurisdizionale della Corte dei conti. L'Istituto spende ogni anno 50 milioni per le visite fiscali d'ufficio, ma basta che ci sia un aumento dello 0,1 per cento di assenze per malattia per gravare i costi delle indennità malattia per 100 milioni di euro;

il servizio, di grande delicatezza e responsabilità, è assicurato, su tutto il territorio nazionale, da medici incaricati dall'Inps da oltre 15 anni, con un'età media intorno ai 50 anni, soggetti a pesanti incompatibilità, che non hanno consentito, tra l'altro, la frequenza delle scuole di specializzazione post lauream; la disciplina vigente prevede, all'articolo 7, comma 1, del decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 18 aprile 1996, che il carico di lavoro per ciascun medico debba essere di 21 visite settimanali, non raggiungibile, ovviamente, con le sole visite richieste dai datori di lavoro, così come

previsto dalla Direzione generale dell'Inps. Risulta evidente come questi professionisti avrebbero enormi difficoltà di reinserimento lavorativo;

premesso inoltre che:

secondo la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo), "l'esistenza di un'organizzazione di controllo è infatti irrinunciabile garanzia di equilibrio e di equità del sistema. In sua assenza ( ... ) gli stessi medici certificatori potrebbero essere esposti a pressioni improprie, in un momento di crisi economica che potrebbe determinare comportamenti opportunistici tendenti a confondere prestazioni di malattia e ammortizzatori sociali" (si veda il comunicato stampa del 20 maggio 2013 pubblicato sul sito della Fnomceo);

la Fnomceo ha già richiesto l'attivazione urgente di un tavolo interministeriale che recepisca le problematiche e che intervenga, identificando idonee risorse, "revocando immediatamente il provvedimento di sospensione, nell'interesse, in primo luogo, dell'appropriatezza delle prestazioni e del contenimento delle spese reali, al di là di ogni cosmesi di bilancio". La Fnomceo



ritiene infatti che ogni intervento di ridefinizione del rapporto di lavoro dei medici fiscali dell'Inps possa essere discusso "solo dopo la revoca del provvedimento di sospensione delle visite fiscali e solo dopo aver ottenuto idonee garanzie per il mantenimento del posto di lavoro dei medici attualmente impegnati. Anche la natura giuridica del rapporto di lavoro dei medici fiscali necessita di una ridefinizione che garantisca alla categoria stabilità e diritti sindacali" (si veda il comunicato stampa citato); considerato che, a quanto risulta agli interroganti:

- le visite fiscali d'ufficio da sole ammontano al 75 per cento delle visite totali, pari a circa 1,5 milioni di controlli;
- un controllo effettuato con 100.000 visite d'ufficio su circa 12 milioni di certificati (un certificato su 120), così come indicato dall'Inps, non può assolutamente avere significatività statistica, anche se si utilizzano sistemi informatici esperti come il data mining, che fornisce, al contrario di quanto dichiarato in un recente comunicato stampa dal direttore generale dell'Inps, Non (si veda "quotidianosanità.it" dei 21 maggio), uno score sulla probabile idoneità al lavoro e non sulle possibili riduzioni prognostiche. Inoltre questo sistema informatico esperto ha la necessità di autoapprendere dall'analisi costante dei comportamenti dei lavoratori, ed in particolare dalla quantità dei certificati comparati con l'esito delle visite di controllo; ne deriva che effettuare le
- visite d'ufficio in numero così esiguo porterà in poco tempo alla inefficienza del sistema, configurando un enorme spreco di quanto negli ultimi anni l'Inps ha investito in risorse umane e soprattutto economiche di cui

qualcuno dovrà pur essere chiamato a rispondere;

- l'Inps ha speso nel 2012 oltre 2 miliardi di euro per l'indennità di malattia e circa 50 milioni di euro per le visite mediche di controllo d'ufficio, in parte recuperati (circa 20 milioni di euro per le sanzioni per le assenze a visita, le riduzioni prognostiche e le irreperibilità al domicilio dichiarato). In considerazione del tasso medio di assenteismo per malattia, che in Italia è stimato intorno al 2 per cento, ci si chiede come l'Inps possa rischiare un aumento di anche un solo decimale di punto di assenteismo che comporterebbe un incremento della spesa per l'indennità di malattia di circa 100 milioni di euro e quindi un danno erariale per lo Stato e per tutti i cittadini e le aziende;
  - nell'attuazione di questa logica si finirebbe per conseguire un'estetica dei conti e cioè corrispondere all'obbligo delle riduzioni di spesa previste dai tagli lineari per scontare su altri capitoli non solo un aumento di spesa ma anche una minacciosa regressione dell'efficacia complessiva del sistema;
- considerato altresì che l'obbligo del controllo fiscale discende dall'applicazione degli articoli codicistici, dell'articolo 5 dello statuto dei lavoratori di cui alla legge n. 300 del 1970, e della legge n. 833 del 1978 (Istituzione del servizio sanitario nazionale). Quest'obbligo è stato successivamente confermato dal decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 638 del 1983, recante "Misure urgenti in materia previdenziale e sanitaria e per il contenimento della spesa pubblica", quale norma di contenimento della spesa pubblica, e per gli enti pubblici di assicurazione sociale ribadito ulteriormente

nella legge n. 88 del 1989, recante "Ristrutturazione dell'Istituto nazionale della previdenza sociale e dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro", che, all'articolo 1, parla esplicitamente della azione di controllo e vigilanza sulle attività dell'Istituto per garantirne economicità ed efficienza. Concetto ribadito ulteriormente dalla sentenza della Corte costituzionale n. 78 del 1988 che, richiamando il disposto del primo comma dell'articolo 97 della Costituzione, così riporta: "Costituisce certamente indice di buona amministrazione l'espletamento, da parte dell'INPS, di controlli diretti ad accertare la sussistenza del rischio presupposto dell'erogazione assistenziale e previdenziale, l'attuazione delle misure predisposte dalla legge perché i detti controlli risultino veramente efficaci e siano realizzate le finalità indicate, e la richiesta della cooperazione degli stessi beneficiari"; ciò detto, gli interroganti si chiedono come l'Inps possa ridurre improvvisamente e in modo così significativo il lavoro dei medici fiscali in modo tale da determinare il "sostanziale licenziamento" dell'intera categoria, con un semplice ordine di servizio interno, non condiviso né con la Fnomceo né con le organizzazioni sindacali rappresentative della categoria; con determinazione del Presidente n. 108 del 24 aprile 2013, l'Inps ha indetto una selezione pubblica mediante richiesta di disponibilità per il reclutamento di 998 medici esterni, prioritariamente specialisti in medicina legale o in altre branche di interesse istituzionale, finalizzato ad assicurare la continuità delle attività medico-legali dell'Istituto per gli adempimenti sanitari di competenza delle UOC/UOS territoriali. A tale selezione pubblica sono stati "costretti" a partecipare anche i medici vinci-

tori di precedenti analoghi avvisi pubblici nel dicembre 2009 e nel luglio 2010; non è chiaro se, così come comunicato dal sottosegretario Martini alla Camera dei deputati in risposta all'interrogazione a risposta in Commissione 5-03748, presentata dal deputato Porcino il 9 novembre 2010, sarà data particolare evidenza nei titoli professionali all'esperienza lavorativa in ambito Inps riconoscendo uno specifico punteggio per il medico di lista per visite mediche di controllo domiciliare;

considerato infine che l'Inps ha dichiarato la volontà di revocare il provvedimento con il quale ha sospeso le visite fiscali d'ufficio ai lavoratori, ma al momento non è chiaro come verrà rimodulato il servizio,

si chiede di sapere:

quali iniziative urgenti il Ministro in indirizzo intenda adottare al fine di salvaguardare il lavoro e la professionalità di 1.200 medici fiscali dell'Inps che, per le modalità di svolgimento della professione, la tipologia del rapporto di lavoro e le incompatibilità che gravano sullo stesso, rischiano di non avere alcuna possibilità di reinserimento lavorativo;

quali iniziative urgenti intenda altresì adottare al fine di pervenire ad una ridefinizione dell'attuale tipologia del rapporto di lavoro che i medici fiscali intrattengono con l'Inps al fine di garantire agli stessi stabilità e certezza;

se non ritenga, al pari di quanto ritengono gli interroganti, che tale provvedimento, anziché configurarsi come un intervento di razionalizzazione per la riduzione delle proprie spese, rischi di tradursi in un aumento degli oneri per prestazioni di malattia, molto superiore al risparmio che si propone di realizzare, vanificando l'appropriatezza delle prestazioni e il contenimento delle spese reali;

se risulti che sia previsto il riconoscimento di uno specifico punteggio per il servizio prestato in qualità di medico di controllo Inps ai fini del reclutamento di 998 medici esterni.

## COMUNICAZIONE N. 56

**OGGETTO: Assicurazione obbligatoria - precisazioni. Termine prorogato al 14 agosto 2014.**

In riferimento alla comunicazione n. 33/2013 con oggetto "Assicurazione obbligatoria - esenzioni" abbiamo ricevuto alcune interessanti note degli Ordini di Firenze, Milano e Terni che avanzavano alcune critiche costruttive su quanto esposto dalla Federazione.

Nel ringraziare gli intervenuti per il valido contributo di approfondimento, riteniamo opportuno precisare che nella comunicazione di cui trattasi intendevamo chiarire che i medici pensionati e i medici dipendenti sono esentati dall'obbligo di assicurazione, i primi solo quando non svolgono più l'attività professionale, i secondi perché sono coperti, per quanto riguarda la loro attività nella struttura ospedaliera, dalla polizza stipulata dall'Azienda Sanitaria di appartenenza.

In particolare la comunicazione intendeva evidenziare che la copertura assicurativa dell'azienda deve ritenersi estesa anche ai medici dipendenti che hanno optato per l'attività libero professionale intramuraria.

Nella comunicazione di cui trattasi, ovviamente, non si è fatto riferimento al tema della possibilità per l'amministrazione pubblica di agire in rivalsa nei confronti del medico dipendente in caso di danni causati da dolo o colpa grave.

In questo caso, ai sensi della normativa vigente e in particolare dell'art. 28 della Costituzione, l'amministrazione è comunque tenuta a risarcire il danno, salvo poi agire in rivalsa nei confronti del medico che abbia causato danni a terzi per dolo o colpa grave, a seguito del giudizio di accertamento della Corte dei Conti (vedi in particolare l'art. 1 della L. n. 201'94).

Può essere opportuno, quindi, che **il medico dipendente, per garantirsi da un eventuale giudizio di rivalsa dell'azienda nei suoi confronti (esperibile solo in caso di dolo o colpa grave), stipuli idonea polizza assicurativa a suo carico.**

## COMUNICAZIONE N. 58

**OGGETTO: Medici competenti - trasmissione dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori**

Nota della FNOMCeO al Ministro della Salute e per conoscenza al Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali.

ON. BEATRICE LORENZIN  
MINISTRO DELLA SALUTE

E-mail: greteriaministro@sanita.it  
E p.c. ON. PROF. ENRICO GIOVANNINI  
MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

E-mail segreteria ministro  
gioanmini@lavoro.gov.it

Fax 064821207

Illustre Ministro,  
il decreto 9 luglio 2012 recante **"Contenuti e modalità di trasmissione delle informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, ai sensi dell'articolo 40 del decreto legislativo 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di**

**lavoro**” definisce le modalità di trasmissione delle informazioni di cui all’art. 40, comma 1, del D. Lgs. 81/08 e i nuovi contenuti degli allegati 3A e 313.

L’art. 40, comma I, del decreto legislativo n. 81 del 2008 prevede che entro il primo trimestre dell’anno successivo all’anno di riferimento il medico competente trasmette, esclusivamente per via telematica, ai servizi competenti per territorio le informazioni, elaborate evidenziando le differenze di genere, relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, sottoposti a sorveglianza sanitaria secondo il modello in allegato 313.

L’art. 3, comma 2, del decreto 9 luglio 2012 recante **“Contenuti e modalità di trasmissione dei dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori”** prevede che la trasmissione dei dati utilizzabili a fini epidemiologici inerenti ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria debba essere effettuata unicamente in via telematica dal medico competente entro il primo trimestre dell’anno successivo all’anno di riferimento.

L’art. 4, comma I, recante **“Disposizioni transitorie e entrata in vigore”** dispone che **“al fine di consentire una valutazione approfondita della rispondenza delle previsioni del presente decreto a criteri di semplicità e certezza nella raccolta e delle modalità di trasmissione delle informazioni, è individuato un periodo transitorio di mesi 12 a far data dall’entrata in vigore del presente decreto per la sperimentazione delle disposizioni previste (fino al 24 agosto 2013).**

Unicamente con riferimento al periodo di sperimentazione di cui al precedente comma, **il termine per la trasmissione delle informazioni di cui all’allegato 313, così come modificato nell’al-**

**legato II del presente decreto, scade il 30 giugno 2013”.**

Appare importante sottolineare che l’art. 4, comma 4, dispone che **per la durata del periodo transitorio di sperimentazione**, con riferimento a possibili difficoltà di raccolta e trasmissione telematica delle informazioni di cui al comma 1 dell’art. 40, **la sanzione pecuniaria da 1.000 a 4.000 euro di cui all’art. 58, comma 1, lettera e), è sospesa** sino al termine della sperimentazione.

Si rileva che l’INAIL, solamente a far data dal 22 maggio 2013, ha reso attivo un applicativo web strutturato in maniera da rendere il più possibile standardizzate le operazioni di inserimento e trasmissione dei dati.

Inoltre si sottolinea che l’utilizzo della piattaforma predisposta dall’INAIL appare particolarmente complessa e l’accesso a tale sistema è quanto mai problematico.

Infatti l’utilizzo della piattaforma proposta dall’INAIL, anche ove sia possibile accedervi, non permette il trasferimento dei dati per i medici che si siano dotati di software ai sensi dell’art. 53, comma 1, del D. Lgs. 81/08 e che compilino automaticamente l’allegato 3B.

A tali difficoltà si aggiungono perplessità nel merito della individuazione dei dati e sulla efficacia degli indicatori selezionati per la trasmissione avendo come fine la programmazione e la valutazione della attività di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali. Tutto questo sta comportando particolari elementi di criticità a tutta la categoria dei medici competenti. Ciò detto, considerate le criticità registrate nella trasmissione di dati aggregati e vista l’imminente scadenza del periodo transitorio di sperimentazione, questa Federazione, quale Ente pubblico esponenziale di tutta la categoria medica e odontoiatrica, chiede l’intervento

autorevole della S.V. affinché si possa addivenire ad una proroga del termine della sperimentazione almeno fino al 31 dicembre 2013 con correlata sospensione del pesante apparato sanzionatorio posto a carico dei medici competenti.

## COMUNICAZIONE N. 76

**OGGETTO: IRAP: sentenza Corte di Cassazione n. 18/08/13 - Nella attività medica sono indispensabili strumenti di una certa consistenza e caratteristiche.**

Cari Presidenti, si ritiene opportuno segnalare che la Corte Suprema di Cassazione - Sezione Civile - con sentenza n. 18/08/13 ha rilevato che nell’esercizio dell’attività medica il possesso di beni strumentali di valore superiore ai 15.000 Euro non implica necessariamente l’assoggettamento del professionista al presupposto impositivo dell’IRAP.

Di fatto la Corte Suprema di Cassazione ha sancito che, contrariamente a quanto sostenuto dalla Agenzia delle Entrate con la circolare n. 45/2008, **“l’assoggettamento ad IRAP richiede un analitico esame delle spese affrontate dal contribuente con specifica considerazione delle esigenze di chi esercita l’attività medica, per cui sono indispensabili strumenti di una certa consistenza e caratteristiche”.**

Si ricorda in conclusione che il valore dei beni strumentali e l’utilizzo in modo non occasionale di lavoro altrui sono tra i fattori che possono determinare l’assoggettabilità del lavoratore autonomo, che risulti responsabile dell’organizzazione, all’imposta regionale sulle attività produttive.

# La nostra storia

a cura di Alberto Folgheraiter

## La TBC “curata” (?) con l’uso dell’ittiolo

**C**orreva l’anno 1897. Il dott. Leopoldo Pergher pubblicò sul “Bollettino medico Trentino” una relazione in merito alla “cura della tubercolosi polmonare coll’ittiolo” nel “riparto medico” dell’Ospedale Civico di Trento del dott. Emilio dalla Rosa.

Il tema era di stretta attualità anche perché, in quel periodo, la TBC menava strage in tutta Europa dove le vittime dell’infezione erano un milione e mezzo l’anno. Dal 1885 al 1894, in Trentino i morti di tubercolosi furono 7.683, in maggioranza femmine (4.075).

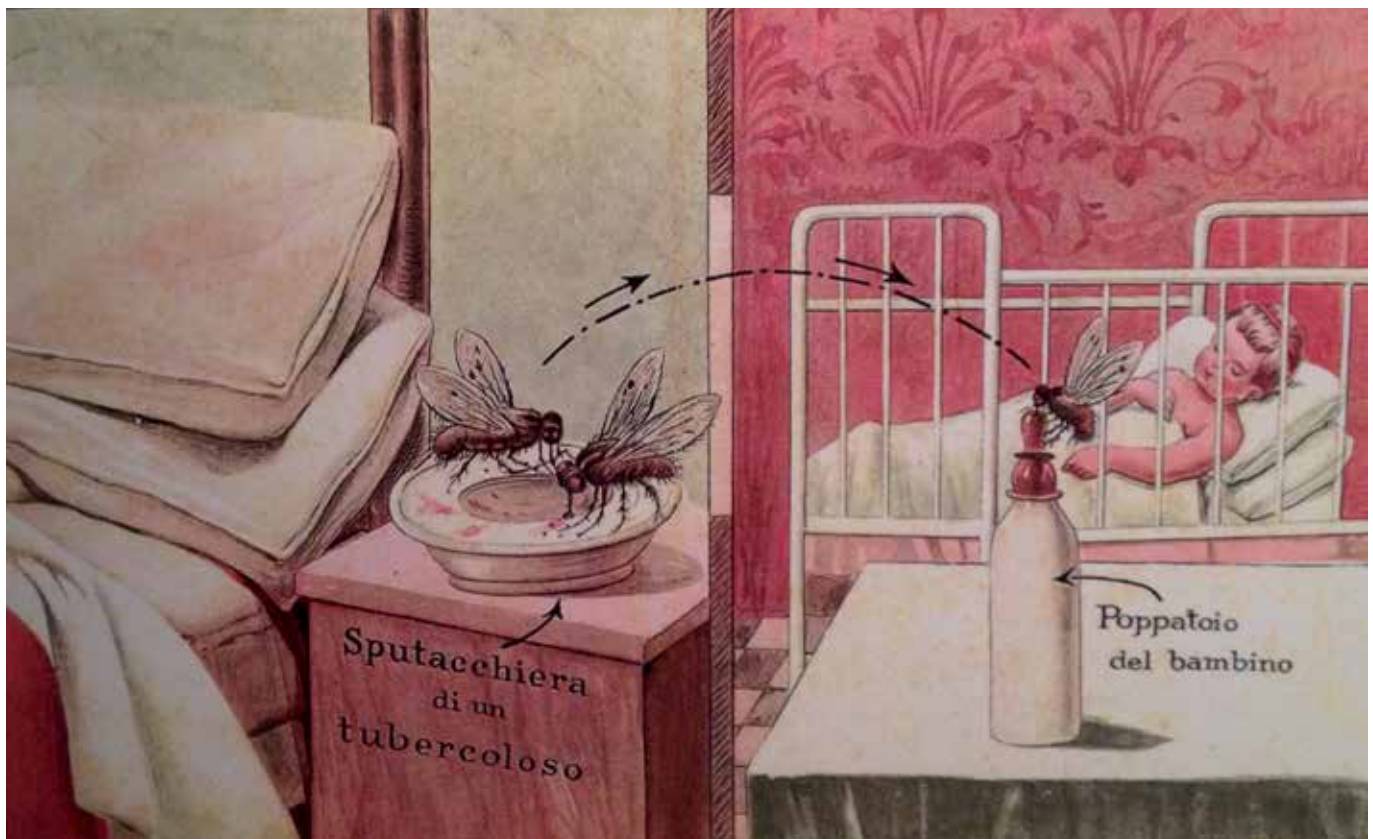
Scriveva Cesare Battisti nella sua tesi di laurea intitolata: “Il Trentino: saggio di geografia fisica e antropogeografia” (1898): “La tu-

bercolosi miete maggior numero di vittime al piano che al monte. A Trento, a Rovereto e a Riva la percentuale della mortalità per tubercolosi sulla mortalità generale supera il 10%. In certi distretti alpini, invece, come a Cles e Primiero, tale percentuale è inferiore al 6%. Località perfettamente esenti dalla tubercolosi furono nel quinquennio 1882-86 Ossana, Comasine e Peio nella valle del Noce. Un’altra località, quasi sempre immune, è Andalo non molto discosto da Molveno nella valle di Non”.

Alla fine del XIX secolo, su oltre 9 mila casi di morte che si registravano mediamente ogni anno in Trentino, la dodicesima parte (quasi ottocento) andavano attribuiti alla TBC.

La cura con l’ittiolo fu introdotta all’ospedale di Trento nella prima metà di ottobre del 1896. Scriveva il dott. Pergher che il suo collega “era mosso a ciò fare dagli incoraggianti risultati ottenuti in Francia e Germania con un rimedio che univa ad un’azione pronta e sicura, poco dispendio; sollevando in tal modo la amministrazione ospitaliera dalle rilevanti spese inerenti alla cura dei tubercolosi col carbonato di creosoto e di guaiacolo”.

La cura era mutuata da precedenti esperienze negli ospedali di Amburgo e di Belleville (in Francia). “Stando alle relazioni del D.r Le Tanneur, l’ittiolo rende dei notevoli servigi migliorando l’appetito, lo stato generale, rialzando le forze, facendo diminuire tosse e secreto fino quasi a perfetto benessere nel periodo breve di un mese o poco più”.



Cartello “educativo” diffuso nelle comunità di campagna durante il Ventennio fascista.

**A** proposito di Ittiolo ecco che cosa scrive, tra l'altro, l'Enciclopedia Treccani: "L'azione dell'ittiolo, cheratoplastica, antiparassitaria, antisettica riducente è in fondo quella dello zolfo, che si usa nelle ordinarie pomate. L'ittiolo si usa esternamente nelle bruciature, contusioni, malattie della pelle e ginecologiche. Internamente produce irritazione intestinale e diarrea, tuttavia è stato proposto, a dosi moderate, nelle malattie dell'apparecchio digerente, respiratorio, urinario, ecc. Per il suo odore disgustoso s'è cercato di sostituirlo con alcuni derivati fra cui l'*ittioalbina* e l'*ittioformio*. Ci sono preparati anche ittioli artificiali saturando oli minerali con solfo: il *tiolo*, il *tumenol* sono composti di questa natura".

Questa la premessa, con la relazione dettagliata su dodici casi di tubercolosi sottoposti alla cura (sarebbe forse da dire al supplizio) con l'ittiolo diluito in acqua.

Anna, di anni venti, con "pochi bacilli di Koch nello sputo" cominciò la cura con ittiolo il 18 ottobre 1896, cura che per alcuni giorni "è ben tollerata". Il 29 ottobre cominciò a vomitare, il 7 novembre si manifestarono i sintomi "di peritonite tubercolare". Il 10 fu sospeso l'ittiolo perché "prossima alla fine". Domenico, di 51 anni, muratore. Il padre morì di pellagra, la madre a 40 anni di malattia acuta. Il 20 ottobre comincia la cura, un mese dopo a causa di "deperimento lento ma progressivo, dolori addominali, diarree, vomiti e dimagrimento" si sospende l'ittiolo. Nel polmone sinistro "va formandosi una caverna".

Carlo di 26 anni, padre degente per tubercolosi polmonare, madre morta dello stesso male, comincia la cura il 21 ottobre 1896, il 3 novembre "per uno dei soliti capricci degli ammalati rifiuta di prender ulteriormente la medicina".

Si potrebbe proseguire. La conclusione fu che "l'ittiolo non agisce per nulla più favorevolmente del guaiacolo e del creosoto. Per ora dobbiamo dire che l'ittiolo non è tanto facilmente preso per il suo odore nauseante, non è tanto ben tollerato, non agisce in modo ve-

ramente favorevole. In ogni modo è encomiabile di tentarlo nelle forme incipienti, specialmente nella classe dei meno abbienti per il suo prezzo relativamente modico".

Così andava il mondo della medicina e della sperimentazione medica sul finire dell'Ottocento.

## Epidemia di tifo a Caldonazzo

Il mese di luglio del **1896** una ragazza che faceva la domestica si ammalò e non potendo più svolgere il servizio tornò a casa nella frazione Pola di Caldonazzo. Qualche mese prima il medico Francesco Zadra aveva curato alcuni casi di tifo.

Dopo la ragazza furono colpite da tifo altre persone. Scriveva il sani-

tario: "La frazione infetta ha una fontana propria i cui tubi di legno (ora però di ferro) passano vicini a prati che durante l'anno furono concimati; come pure si serviva dell'acqua di un pozzo superficiale situato nel mezzo della frazione. L'una e l'altra fonte possono essere state la causa dell'epidemia, secondo me più probabile quella del pozzo inquinata cogli utensili di cucina od in altro modo da parte della famiglia per prima colpita dal morbo. La chiusura del pozzo e il cambiamento della condotta dell'acqua della fontana arrestarono l'epidemia nella frazione, ma l'inevitabile contatto allargò il morbo anche nella parte del paese prossima alla Pola".

Scriveva ancora il medico di Caldonazzo che "si ammalarono 120 persone senza contare i casi di tifo ambulatorio; *more solito* furono colpiti individui giovani, la maggior parte robusti, fra il 10 e i 40. Uno solo in età di 76 anni e costui ebbe anche la fortuna di sopravvivere". I morti furono dieci.

Nel 1894 e 1895, rivelò il sanitario, "ebbi occasione di sperimentare il carbonato di guaiacolo su alcuni tifosi e ne rimasi soddisfattissimo". La cura usata nell'epidemia del 1896 fu accompagnata da "abluzioni fredde, la vescica di ghiaccio sulla testa e raccomandata un'adattata nutrizione facendo uso piuttosto abbondante di vino".



## Le dimissioni del dott. Gerloni

Il 2 giugno 1897 si tenne l'Adunanza Generale dei Soci dell'Associazione medica trentina. Per la nona "e ultima volta" il dott. Gerloni lesse la relazione sull'attività svolta, invitando i 32 soci presenti a "nominare novelle giovani forze onde far maggiormente prosperare il nostro Sodalizio".

Con le deleghe i votanti furono 99. Il dott. Gerloni ottenne appena 54 voti, a fronte di 96 del dott. Botteri, 90 del dott. Casna, 79 del dott. Dordi.

Visto l'esito della votazione, il dott. Gerloni si alzò, ringraziò e si dimise seduta stante dalla carica di presidente. Altri suoi colleghi chiesero di ritirare le dimissioni e, avuto un fermo diniego, il giorno seguente altri medici (Stenico, Pergher, Botteri, Casna, Pattuzzi) diedero le dimissioni dalla direzione dell'Associazione. Un atto di solidarietà con il presidente Gerloni al quale si aggiunsero lettere e inviti



a ripensarci da numerosi medici della periferia.

Il 26 giugno seguente si tenne un'adunanza straordinaria dell'Associazione medica trentina per eleggere una nuova direzione essendosi dimessi la maggior parte degli eletti nella sessione del 2 giugno. Naturalmente il dott. Gerloni ottenne la totalità dei voti. Segretario fu designato il dott. Vittorio Stenico, cassiere il dott. Leopoldo Pergher.

## La conduzione delle condotte

Nel numero di luglio 1897 del Bollettino Medico Trentino fu pubblicato un "Avviso" per tutti i medici comunali affinché inviassero "il questionario sulle condizioni igieniche delle loro condotte". A tale proposito, a Valfloriana il dott. Caveden non aveva ancora ottenuto dopo due anni la "inamovibilità" e per tale ragione si era rivolto ai suoi colleghi. Pertanto dalle pagine del Bollettino fu raccomandato "ai soci di non concorrere (per la condotta di Valfloriana) per potergli lasciare libera la via ad ottenere (dal comune) quanto gli spetta di diritto. Già i vicini colleghi furono avvisati per lettera scritta dalla Direzione".

A Romarzollo, nell'archese, fu nominato medico condotto il dott. Turazza.

"Quantunque non suddito austriaco, poteva farsi nostro socio, ma non lo fu mai e per non avere la cittadinanza austriaca non appartiene neppure alla Camera medica. In quella condotta – si scriveva sul Bollettino di agosto 1897 – vi furono diversi concorrenti soci, e tridentini, ora domandiamo noi all'autorità politica perché si tutelano così male i nostri diritti; e chiediamo pure alla Camera medica che voglia usare della sua autorità per togliere questo abuso".

Il 1. Agosto 1897 morì improvvisamente a Rovereto il dott. Comingio

Bezzi, 69 anni, da Cusiano in Val di Sole. Medico chirurgo all'ospedale di Rovereto, copriva anche varie condotte nei villaggi limitrofi (Noriglio, Trambilleno e Albaredo).

Il dott. Bezzi fu un personaggio singolare. Al tempo del colera del 1855 elaborò una strampalata teoria con la quale attribuiva l'epidemia alle condizioni cosmico-telluriche. *"Spero di aver dimostrato, con apposite esperienze, quella causa che inerente all'atmosfera dell'alta val di Sole valse a neutralizzare il veleno choleric e quindi la sua diffusione epidemica, quantunque il contagio sia stato importato replicatamente. Questa causa - scriveva il 20 novembre 1855, allegando la notula per la cura prestata ai colerosi di Vermiglio, Ossana, Menàs e Ortisè - consiste in uno stato elettrico possente che, agendo sull'ossigeno dell'aria, produce in essa la presenza di grande copia di ozono, principio la cui scoperta e applicazione alle malattie epidemico-contagiose è dovuta alla fisica medica moderna e non è altro che l'ossigeno elettrizzato avente un potere assai maggiore ossidante nei vari regni della natura che non l'ossigeno puro. Se l'esuberanza di questo principio fosse sperimentalmente constatata in altre valli, ove l'epidemia cholerosa non sviluppasse nell'atmosfera, si avrebbe constatata la ragione della loro incolumità; fatto che porterebbe nelle sue applicazioni alla genesi, alla patogenia e alla cura del cholera felicissimi risultati. Spero ancora d'aver, sopra dati positivi somministrati specialmente dalla chimica e dalla fisica applicate alla medicina, basate le mie idee patologiche sulla natura essenziale organica del cholera, e tracciate le vie cui deve tenere la terapeutica (cura) onde ottenere la guarigione".*

## Il colera spiegato “all’intelligenza del popolo”

di Alberto Folgheraiter

**N**ei bollettini dell’Associazione Medica Trentina di fine secolo XIX, le epidemie e il colera, in modo particolare, erano tenuti costantemente monitorati. Anche il Trentino, nel corso di quel secolo aveva subito due devastanti ondate epidemiche. Non erano ancora state dimenticate, infatti, le stragi del 1836 (5.748 vittime nella sola parte “italiana” della diocesi di Trento che, a quel tempo, comprendeva anche la bassa Atesina e il Burgraviato fino a Merano); e del 1855 (6.208 i morti in provincia di Trento).

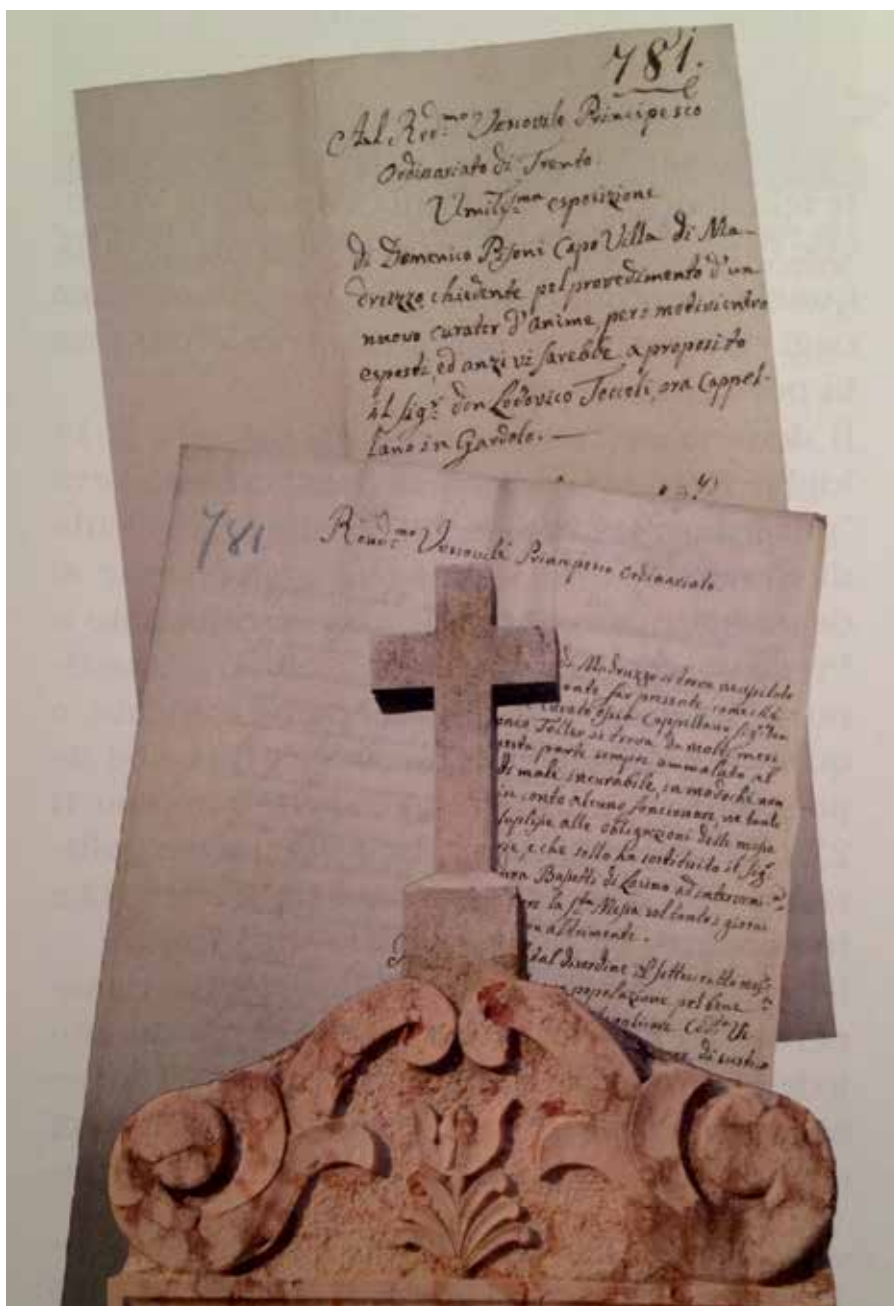
Archiviato il contagio del 1855 ci si era accorti, improvvisamente, che “uno dei mezzi di diffusione del contagio, al quale negli ultimi tempi si va attribuendo maggior importanza si è l’acqua potabile”. L’esempio più clamoroso veniva da Londra. Durante l’epidemia di colera del 1854, tra gli abitanti di un gruppo di case che ricevevano l’acqua del Tamigi, filtrata dalla compagnia Bauschall, si erano avute vittime in ragione del 13 per mille; il 10 per mille in più degli abitanti di un altro gruppo di case, pure fornite di acqua del Tamigi ma, in questo caso, veicolata dalla compagnia Lamberth. Scriveva (1866) il dott. Pietro Donati: “Questo fatto, eloquentissimo per sé ed avvalorato da molti altri simili, rende molto probabile che il cholera si diffonda, almeno in qualche caso, anche per mezzo dell’acqua”.

E intanto si cominciava a non mettere più in dubbio la contagiosità del colera. La qual cosa faceva esclamare, al dott. Donati: “Quan-

*to diverso non è lo stato delle nostre cognizioni presenti da quello di 35 anni fa, quando il cholera invase per la prima volta l’Europa! Qual campo fertilissimo per la pubblica igiene!... Eppure, d’al-*

*tra parte, quanto pochi i progressi e le applicazioni utili di questa scienza sono penetrati nella pratica e nella convinzione delle masse”!*

A Rovereto, nel giugno del 1855, era stato pubblicato un opuscolo (“La calce come rimedio contro il cholera asiatico”) nel quale il dott. Luigi Pasquali, “cavaliere del Real ordine belgico di Leopoldo, membro di più società letterarie, medico pratico in Vienna, ecc. ecc.”, sosteneva che la cura miglio-



Lettere scritte dai preti alla Curia vescovile di Trento, al tempo del colera del 1855 per informare l’Ordinariato sull’andamento dell’epidemia e chiedere indicazioni di comportamento per la somministrazione dei Sacramenti e per le inumazioni dei cadaveri.

re consisteva nel somministrare al coleroso l'acqua di calce.

*“Sotto l'uso dell'acqua di calce - scriveva il pluridecorato sanitario - il sollievo era sì pronto, sì meraviglioso, che gli ammalati, a fronte del disgustoso suo sapore, la prendevano avidamente ed anelanti”.* Non è dato sapere quanti siano sopravvissuti a siffatti beveroni e quanti invece siano passati all'aldilà rigidi e stecchiti oltre il normale. Di certo la teoria della calce faceva a pugni con altre tendenze della medicina e della chimica, le quali ipotizzavano che i *“germi non possano svilupparsi che in liquidi neutri o alcalini e mai liquidi acidi”.* Sulla scorta di tali supposizioni il prof. Pietro Leonardi, direttore della farmacia “Pisanello” a San Polo di Venezia, aveva sperimentato una “Tintura antidiarroica”, pubblicizzata nel 1884 come *“Un rimedio sovrano contro il cholera”.*

In un articolo pubblicato sui giornali *La Difesa* e *La Venezia*, nel giugno 1886, venivano spese lodi sperticate: *“La mistura antidiarroica preparata dal Sig. prof. Pietro Leonardi di Venezia ha dato prove assai promettenti di guarigioni non isperate sopra individui colpiti dal morbo fatale”.*

L'antidiarroico in questione altro non era che *“il Laudano perfezionato con l'eliminazione di que' principii che, agendo sul cervello, fanno del Laudano un rimedio pericoloso, quando il caso richiegga la sua somministrazione in forti dosi”.* Tale medicamento, secondo la propaganda, era talmente efficace *“che se da tutti posseduto ed usato a tempo e ne' debiti modi farebbe affatto sparire il morbo fra noi”.*

Due anni prima, nel 1884, il dott. Giovanni Battista Gerloni di Trento, aveva pubblicato un opuscolo dal titolo *“Il colera portato all'intelligenza del popolo”.*



Opuscoli e “Istruzioni” stampati per illustrare al popolo l'eziologia del colera e suggerire regole di prevenzione del contagio.

*“Non sarà fuori luogo d'imparar a conoscere almeno certi usi e costumi di questo signor Bacillo Virgola (era stato appena scoperto dal tedesco Koch anche se, nel 1854, il prof. Pacini di Pistoia ne aveva rilevato la struttura). Sappiamo primieramente - scriveva Gerloni - ch'esso vive rigoglioso e si moltiplica nell'acqua, specie se non è corrente, ed in genere è amico dell'umidità mentre è nemico del secco, ed anzi coll'essicazione sen muore: amantissimo del sudiciume, acerrimo avversario della pulizia. Favoriscono il suo incremento le sostanze alcaline, mentre lo sospendono le acide, come pur lo sospendono l'alcool, l'acido fenico, il chinino, il sublimato. Cresce con rapidità straordinaria nel brodo di carne, nel latte, e sulle patate cotte. La bollitura lo fa morire. E' favorita la sua propagazione fra i 30 e i 40 gradi centigradi, e pare si sospenda a 16, però non muore neanche a 10 sotto zero”.*

Queste premesse spiegavano già molto, ma per arrivare a capire che il colera non era portato dai miasmi o dall'aria e neppure dall'ira di Dio, ci era voluto mezzo secolo di stragi.

Nel 1881 erano riprese le notizie di nuove incursioni dell'infezione dall'India, patria d'origine, verso l'Europa. Nel 1883 in Egitto erano morte trentamila persone; alcuni casi si erano segnalati, nel 1884, a bordo di due navi (la *Crocodile* e l'*Ironcross*) che avevano per destinazione l'Inghilterra.

Dal luglio del 1884 al 28 gennaio del 1885 il colera aveva scorrazzato per l'Italia, in 858 comuni di 44 province. Aveva colpito 27.030 persone, ne erano morte 14.299. Nella sola provincia di Napoli i morti erano stati 7.994, in quella di Cuneo 1.655; a Genova su 2.619 casi si erano avute 1.438 vittime.

Una successiva epidemia, riaccesasi con i focolai mai spenti della prima, da febbraio a luglio del 1885 aveva interessato 152 comuni di 27 province italiane, dove si erano avuti 6.397 casi con 3.459 morti (la sola provincia di Palermo aveva avuto 2.959 vittime).

I bollettini quotidiani, con i dettagli dell'epidemia, avevano contribuito a riportare una situazione di allarme anche nel Trentino dove non era ancor spenta l'eco della tragica estate del 1855. Fu una del-



## L'IMP. REG. CAPITANATO DEL CIRCOLO DI TRENTO.

Il Colera Morbus, che in sul principio di Luglio manifestossi dapprima nel Distretto di Pinerolo, che venne di poi a mostrarsi in questa Città, e ne' paesi tutti posti nella valle dell'Adige, che nelle ultime settimane d'Agosto si diffuse ne' Distretti della Valugana, ed in Val d'Annunzio, solo isolatamente appalessendosi nella valle di Sals, e riparandosi del tutto le valli di Fiemme, e di Passoa; già verso la metà di Settembre prescendesse ad un tratto declinò ne' singoli luoghi, che ne erano ancora affetti, e già da qualche giorno è ora interamente cessato.

Sebbene lo spallare, ed il lutto sguaiato accompagnare ovunque si triste flagello, andiamo però lieti di annunziare, che tranne ben pochi paesi, lo stesso velti in questa Città fanno meno terribili del consueto, e ne' più si sviluppa sotto aspetto ben mite. Si felice risultanza quand'anco in parte attribuire si possa alla costituzione atmosferica, ed alla salubrità dell'aria in queste nostre vallate, dee poi tuttavia essenzialmente rintracciarsi nella filantropia cura, che a gara prescra i più, onde facilitarne lo sviluppo, allaccolere i progressi, ed agevolare la cessazione.

Mentre però un dover religioso ci chiama quest'oggi a più degli altari, onde porgerle rendimenti di grazie all'Altissimo, che volle a confronto d'altre cose più ridonata al presto uno stato tranquillante di pubblica salute agli abitanti di questo Circolo, egli è un alto dovere di riconoscenza, che chiamò il Capitanato a render solenne testimonianza di soddisfazione, e rendimenti di grazie a tutti quelli, che in momenti sì difficili cooperarono efficacemente alla scoppio sabbellata.

Grazie son quindi a' pubblici funzionari d'ogni specie, che vegliando prescra all'esatta, e sollecita adempimento delle attività sanitarie, animarono colla loro presenza, incoraggiarono col loro esempio; grazie al rispettabile cura si scegliere, che regolare, che scrupolo si distinse per zelo attivissimo non solo co' religiosi confronti, ma prestandosi in tutto co' più caritatevoli sentimenti; grazie al personale sanitario, che in universale non indovò fatica di sorta nel prestare le sue provvide cure; grazie in fine, e grazie sommo a que' moltissimi, che in ogni paese, ed in ispecie in questa nostra Città vennero con vasti soccorsi d'ogni sorta, e coll'opera stessa in sollievo della sventura.

E siccome troppo lungi condurrebbe l'annoverarli partitamente, e siccome ciò d'altreonde offender potrebbe la modestia d'alcuni, basti in riguardo agli stessi basti più questo pubblico render di grata ricordanza, in quanto trovarono già al certo altro, e più elevato guiderdone del salute, e glorioso loro procedere.

L'attuale stato di pubblica salute non è illudato per altro forse di troppo, ma premiatara confidenza non ci renda dimentichi di quelle prudenti cure, che negli ultimi tempi vennero sì savviamente adottate, e di cui s'ebbero ben lieta compenso.

Le provvidenze di cura, e di beneficenza sebbene troppo, si legano però attive in modo, che ove aggraziatamente il bisogno lo richiedesse, passasse nella loro integrità al momento riatravarsi, ed a questo scopo un maneggio di rendere d'ora in avanti la privata diligenza, e le pubbliche cure, come vi tenderanno quelle della autorità locali, e di quest'I. R. Capitanato Circolare.

Trento il 1° Novembre 1836.

**GUGLIELMO BARONE DE EICHENDORF**

I. R. CONSIGLIERE DI GOVERNO E CAPITANO DEL CIRCOLO.

ANGELINI J. J. di Segretario.

*continente nostrale: i microbi vivono e si moltiplicano in ragione diretta dell'umidità e del sudiciume, ed in ragione inversa della buona igiene che incontrano.*

Sul filo del ragionamento logico, il dott. Gerloni accompagnava il lettore lungo la via del "bacillo virgola" il quale, ingerito per errore, si annidava nello stomaco dove poteva restare latente e senza dar disturbo, oppure proseguire nell'intestino e distruggere quella sottile pellicola che riveste la parte terminale del tubo digerente. Era quello un danno spesso irreparabile poiché l'intestino non poteva assorbire il cibo; per contro perdeva liquidi e l'ammalato finiva per morire rinsecchito e prosciugato dalla dissenteria e dal vomito.

Se il colera non faceva ormai più paura (o spaventava meno perché se ne conoscevano le cause e il batterio che lo causava) un'altra "epidemia" aveva spopolato, in quegli anni, le vallate del Trentino. La miseria e la fame avevano costretto centinaia di famiglie a cercare oltre Oceano condizioni di vita migliori. I risultati di quelle emigrazioni dimostreranno poi che, per molti, quei sogni si infransero sulla battigia delle spiagge del sud e del nord dell'America.

Ma quelle partenze significarono meno bocche da sfamare nel misero Trentino di fine Ottocento.

Finiva un secolo. Si erano sperimentate e subite altre malattie della miseria e della fame, come la pellagra; continuavano le dissenterie, la tubercolosi e il tifo petecchiale mentre, all'orizzonte, si profilava una nuova epidemia: la febbre spagnola. Comparsa sul finire del 1918, in poco più di un anno avrebbe seppellito migliaia di uomini e donne sopravvissuti alla guerra, debilitati dalla carenza di cibo e con le abitazioni fatiscenti. Avremo occasione di riparlare.

L'annuncio della cessazione della prima epidemia di colera nel territorio del Capitanato del Circolo di Trento, il 1° novembre 1836.

le ragioni che spinse il dott. Gerloni a ripubblicare l'opuscolo del 1884 sulle pagine del giornale *Alto Adige* perché i consigli giungessero fin nelle più sperdute vallate. Non era il caso di agitarsi tanto - mandava a dire il dott. Gerloni - perché del colera si conosceva ormai tutto e se era vero che alcune città avevano subito in quei mesi migliaia di morti, ragionando in termini statistici erano comunque poca cosa. Su trenta milioni di persone che abitavano il regno d'Italia erano state interessate dal colera, in proporzione, una persona su mille, e si era avuto un morto su duemila. Come dire che Trento,

che contava ventimila mila abitanti, nella peggiore delle ipotesi avrebbe avuto 18 casi con 9 morti. Se l'epidemia si fosse effettivamente propagata nel Trentino le cose sarebbero andate ben diversamente, ma non v'è dubbio che la statistica servisse a tranquillizzare gli animi. *"Il Coma Bacillus, che noi fin d'ora per meglio intenderci chiameremo il microbo - scriveva - non si prende mai la libertà di venir da sé stesso in Europa, ma aspetta bensì la cortesia degli europei che, annidatolo nel loro ventre o chiuso solo colla biancheria sudicia nelle valigie, lo sbarchino ed alimentino con la loro sporcizia sul*

## Il medico che scriveva le ricette su tavole di legno

continua da pag. 2

*paziente. L'età della pensione si avvicina inesorabile, ma Mario non vuol saperne di metter via lo stetoscopio e il ricettario, così insieme ad altri medici ricorre al Tar contro l'Azienda sanitaria per poter continuare a lavorare fino a settant'anni. E vince.*

*Negli ultimi anni di lavoro comincia a frequentare le missioni in Africa, sempre per la paura di fermarsi. Fino ai novant'anni nuota, legge riviste e ascolta radio francesi, inglesi e tedesche. "Mario è in pensione da molti anni e questa è forse la parte della sua vita che lo ha sfiancato di più". Parola dei figli.*

*dopo arriva a Dro, dove farà il medico anche a Drena e Ceniga per decenni.*

*E sulla sua vita professionale si potrebbe aprire un libro. Odiata la burocrazia ed è spesso in conflitto con la Cassa Malati. Una volta spedisce le ricette ai suoi uffici in un pitale di ceramica.*

*Ogni tanto si lascia andare a gesti clamorosi: verso la fine degli anni '70, quando la sua categoria organizza uno sciopero delle ricetta-*

*te, lui le scrive su tavolette di legno, così "non contravvengo allo sciopero cartaceo", sorride sorrione. Ma il gesto più clamoroso è degli ultimi scampoli di carriera. Un suo paziente non è più in grado di lavorare, ma la mutua non sente ragioni per le tante assenze accumulate. Che cosa fa il dottor Rizzonelli? Gli prescrive ben cinquant'anni di malattia. Risultato: una grande risonanza mediatica e la pensione per lo sventurato*

### TRANSLATIONAL MEDICINE: FROM THE LABORATORY TO CLINICAL EVIDENCE

Si svolgerà presso l'Istituto Superiore di Sanità, il First ISS-ARTOI Conference on Integrative Oncology - Fifth ARTOI International Congress "Translational medicine: from the Laboratory to Clinical Evidence", organizzato dai Dipartimenti di Ematologia, Oncologia e Medicina Molecolare, di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, di Tecnologia e Salute e del Farmaco e dall'ARTOI Associazione Ricerca Terapie Oncologiche Integrate.

Sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità ([www.iss.it](http://www.iss.it) - Sezione Convegni) sono disponibili il programma, la scheda descrittiva e si può scaricare il modulo per la domanda d'iscrizione.

### LA VALUTAZIONE ETICA E D'IMPATTO SOCIALE NELL'HTA

L'ammodernamento del Servizio Sanitario Nazionale e la ricerca di un nuovo sistema di welfare impongono percorsi di razionalizzazione nel governo della sanità italiana. L'approccio dell'Health Technology Assessment (HTA) è richiamato da più parti quale strumento a supporto di questi processi di razionalizzazione. Il 6° Congresso Nazionale della Sihta intende indagare la dimensione etica e d'impatto sociale dell'Health Technology Assessment.

*Iscrizione:*

[http://www.ordinemedici.bz.it/cmscontent/upload/Eventi%202013/07-09112013\\_congresso%20sihta\\_Bari.pdf](http://www.ordinemedici.bz.it/cmscontent/upload/Eventi%202013/07-09112013_congresso%20sihta_Bari.pdf)

## TRENTO: 40 ANNI DI CARDIOLOGIA

**S**abato 28 settembre 2013 sono stati celebrati i quarant'anni dall'istituzione del reparto presso gli Istituti ospedalieri di Trento. L'anniversario ha offerto lo spunto al primario, Roberto Bonmassari (nella fotografia), per illustrare quello che è il fiore all'occhiello del reparto: l'inserimento di una

valvola aortica senza intervento a "cuore aperto". È un intervento che nell'ospedale di Trento viene attuato dal 2007, in codice TAVI. "I dati sulla sopravvivenza dei pazienti trattati, a dodici mesi dall'intervento, sono migliori persino rispetto agli studi che avevano portato alla definitiva affermazione della TAVI" ha scritto il 25 settembre il giornale "Trentino". Ed il primario Bonmassari ha precisato: "Non si tratta di una alternativa alla cardiocirurgia, ma più correttamente di un trattamento complementare per coloro ai quali è stato sconsigliato intraprendere la strada di un'operazione classica".





Infermiere e piccoli pazienti dell'Ospedale infantile di Trento (1924). Fotografia di Sergio Perdomi (*Archivio Fotografico Storico Soprintendenza per i Beni Storico-artistici, Provincia Autonoma di Trento*).