



MEDICO TRENTINO

dicembre 2013
nuova serie - numero 4

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 Spagnolli,
dott. Maurizio Viridia, 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@ordinemedicito.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 Il giuramento di Ippocrate prima di cominciare la professione
- 3 La "Giornata del medico" con 50 nuovi professionisti
- 4 L'attività dell'Ordine nella relazione del presidente Zumiani
- 6 Colleghi per sempre: 30 medici scomparsi nel 2013
- 7 Ospedale del topo - 2 La sconfitta del cancro passa dai topi "avatar"
- 8 Harvard: più vicina la svolta sul tumore alla prostata

ATTUALITÀ

- 11 Le vaccinazioni in Trentino
- 12 Vaccinazione dell'infanzia
- 15 Il fenomeno del mobbing: aspetti psicosociali e psicopatologici
- 16 Quando il mobbing diviene competenza dell'INAIL
- 19 Attenzione ai vostri dati
- 20 Ospedali psichiatrici giudiziari: le tappe legislative

FOTOCRONACA

- 23 Le immagini della "Giornata del Medico"

PREVIDENZA

- 29 Cumulo contributivo: ricongiunzione o totalizzazione
- 30 Formazione specialistica dei medici: nuove misure

PROFESSIONE

- 31 Una sentenza della Cassazione

LETTERE

- 33 Proposte per la Sanità trentina: Nota del Presidente e del Consiglio dell'Ordine
- 35 "Sorpresa e rammarico"
- 38 "Protesto per la superficialità"

Certificato medico per pasto islamico

ODONTOIATRIA

- 39 La qualità fa risparmiare: come capire se un dentista è bravo

ORDINE

- 41 I bilanci 2012-2014

COMUNICAZIONI

- 44 Dal 1° gennaio 2014 obbligo di POS per medici e odontoiatri

LA NOSTRA STORIA

- 45 Nessun medico morto nell'anno 1900

Il giuramento di Ippocrate prima di cominciare la professione

Il giuramento di Ippocrate, pronunciato da cinquanta giovani colleghi medici e odontoiatri della provincia di Trento ha costituito la parte più significativa della “giornata del medico – 2013” che si è svolta presso la sede dell’Ordine nella mattinata di sabato 7 dicembre.

La formula del giuramento, letta dalla dott.sa Sara Gabriele, la più giovane dei cinquanta neolaureati, è la traduzione del testo greco deliberata il 23 marzo 2007 dal comitato della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Una precedente versione era stata introdotta nel 1998.

Tale formula di giuramento è attribuita a Ippocrate, medico e filosofo greco vissuto fra il 460 e il 377 avanti Cristo. Nel Medioevo il giuramento di Ippocrate era pronunciato in varie traduzioni diverse. C’è, nella formula antica, un paternalismo che discendeva da una visione della società basata su ordine, tradizione e obbedienza alle leggi dell’Universo. Il medico greco era un filantropo al servizio del bene comune, al di sopra delle controversie e dei problemi degli uomini. Il medico, infatti, era un mediatore tra gli dèi e gli umani.

Peraltro, proprio Ippocrate è considerato il primo ad avere separato la medicina dalla religione, ad avere indagato le cause della malattia con logica razionale. Questa è il testo moderno del giuramento di Ippocrate letto dalla dott. Sara Gabriele (nella foto):

Consapevole dell’importanza e della solennità dell’atto che compio e dell’impegno che assumo, **giuro:**

- di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento rifuggendo da ogni indebito condizionamento;
- di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell’uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale;
- di curare ogni paziente con eguale scrupolo e impegno, prescindendo da etnia, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica e promuovendo l’eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario;
- di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di una persona;
- di astenermi da ogni accanimento diagnostico e terapeutico;
- di promuovere l’alleanza terapeutica con il paziente fondata sulla fiducia e sulla reciproca informazione, nel rispetto e condivisione dei principi cui si ispira l’arte medica;
- di attenermi nella mia attività ai principi etici della solidarietà umana contro i quali, nel rispetto della vita e della persona, non utilizzerò mai le mie conoscenze;



- di mettere le mie conoscenze a disposizione del progresso della medicina;
- di affidare la mia reputazione professionale esclusivamente alla mia competenza e alle mie doti morali;
- di evitare, anche al di fuori dell’esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il decoro e la dignità della professione;
- di rispettare i colleghi anche in caso di contrasto di opinioni;
- di rispettare e facilitare il diritto alla libera scelta del medico;
- di prestare assistenza d’urgenza a chi ne abbisogni e di mettermi, in caso di pubblica calamità, a disposizione dell’autorità competente;
- di osservare il segreto professionale e di tutelare la riservatezza su tutto ciò che mi è confidato, che vedo o che ho veduto, inteso o intuito nell’esercizio della mia professione o in ragione del mio stato;
- di prestare, in scienza e coscienza, la mia opera, con diligenza, perizia e prudenza e secondo equità, osservando le norme deontologiche che regolano l’esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione.

QUESTI I MEDICI CHE HANNO PRESTATO GIURAMENTO SABATO 7 DICEMBRE 2013: 1. Abdel Jaber Masen - 2. Andreolli Anna - 3. Barberi Anna - 4. Berlanda Valeria - 5. Berti Alvise - 6. Buccella Valentina - 7. Carotta Damiano - 8. Casagrande Elisa - 9. Cicolini Luca - 10. Costantino Ida - 11. Deaconescu Grigore Ciprian - 12. Dilberis Dimitri - 13. Dorna Adriano Enzo - 14. Ermon Valentina - 15. Fambri Michele - 16. Ferrari Giulia - 17. Gabriele Sara - 18. Gentili Anna - 19. Ghezzi Gianmarco - 20. Gomarasca Luca - 21. Kaisermann Alice - 22. Kiblawi Rim - 23. Lever Veronica - 24. Menegazzi Giulio - 25. Merli Federica - 26. Moggio Paolo - 27. Moschini Marco - 28. Moser Serena - 29. Nicoletti Giovanni Jacopo - 30. Oss Martina - 31. Pancheri Ornella - 32. Paternoster Carol - 33. Pellegrin Serena - 34. Pellegrini Alice - 35. Pilati Sobha - 36. Pontillo Angelo - 37. Radice Anna - 38. Serafini Paola - 39. Sorrentino Francesca - 40. Tamanini Irene - 41. Tame’ Simone - 42. Vitali Francesco

ODONTOIATRI NEOLAUREATI ISCRITTI NEL 2013: 1. Aiordachioae Simona Teodora - 2. Chemolli Paolo - 3. Dai Pra’ Tommaso - 4. Dalmonego Sara - 5. Di Geronimo Pompeo - 6. Flor Jacopo - 7. Menoni Elia - 8. Panzolato Manuel

Ricordati trenta colleghi morti nel corso del 2013

La "Giornata del medico" con 50 nuovi professionisti

Il giuramento di Ippocrate per cinquanta nuovi iscritti, un riconoscimento a tre medici per i cinquant'anni dalla laurea, l'approvazione del bilancio e la relazione del presidente Zumiani. Questi i fatti salienti della "giornata del medico" che si è tenuta nella sede dell'Ordine, sabato 7 dicembre 2013. La cronaca, puntuale, della giornata è stata pubblicata l'indomani sul quotidiano "Trentino". Eccola:

Sede gremita ieri all'Ordine dei medici per l'annuale Giornata del medico e dell'odontoiatra, che ha visto anche il giuramento di Ippocrate per 50 nuovi professionisti reduci dall'esame di Stato, segno che la medicina non ha perso di interesse tra le nuove generazioni di studenti quanto a opportunità di la-

voro. Alla festa anche l'assessore alla sanità Donata Borgonovo Re e il Commissario del governo Francesco Squarcina, oltre ai presidenti dell'Ordine Giuseppe Zumiani e degli odontoiatri Fausto Fiorile. Dei nuovi cinquanta medici iscritti all'Ordine, 25 sono donne e 17 uomini, mentre sono 8 gli odontoiatri freschi di giuramento.

"Il numero si mantiene stabile - spiega il dottor Zumiani - e da qualche anno ormai le donne sono più numerose". Sono 2.620 gli iscritti all'Ordine provinciale, dei quali 400 sono odontoiatri. Nel corso della giornata, oltre all'approvazione del bilancio consuntivo 2012 e preventivo 2014, sono stati premiati tre medici con 50 anni di laurea, mentre sono stati assegnati i premi del concorso nazionale di bioetica intitolato a Gemma Gherson: il primo premio è anda-

to a una dottoressa trentina che ha svolto una ricerca sull'integrazione alimentare per i bambini del Burundi, mentre del secondo premio è stata insignita una dottoressa di Alessandria autrice di uno studio sull'Hospice.

Spazio anche alla solidarietà, con la donazione dell'incasso di "Rock Survivor" una manifestazione musicale organizzata in ottobre all'Auditorium del Santa Chiara, a Maria Solange Zambon, la vedova del dottor Alejandro Frate, padre di otto bambini, morto lo scorso anno a soli 43 anni in un tragico incidente automobilistico sull'Autobrennero. All'evento musicale aveva suonato un gruppo rock anni Settanta composto da medici (i dottori Salandini, Mirabassi junior e senior, Dalfovo) e il quartetto Mediquartet, specializzato in musica classica, pure composto da professionisti della medicina. Sono anche stati ricordati i ben trenta medici scomparsi nel corso del 2013, una cifra elevata rispetto alla media, di cui l'ultimo è il dottor Carlo Sebesta, venuto a mancare qualche giorno fa.

*(giornale "Trentino"
del 8 dicembre 2013)*



I cinquanta neolaureati che hanno pronunciato il giuramento di Ippocrate. La fotocronaca della "Giornata del Medico" alle pp. 23-26

L'attività dell'Ordine nella relazione del presidente Giuseppe Zumiani

Questo l'intervento del presidente Giuseppe Zumiani, in apertura della "Giornata del medico e dell'Odontoiatra 2013" che si è tenuta presso la Sede dell'Ordine nella mattinata di sabato 7 dicembre 2013.

Un cordiale saluto e un benvenuto a voi tutti presenti.

Un caloroso saluto ai giovani colleghi neoiscritti e ai colleghi, un po' meno giovani, che festeggiano i 50 anni di laurea. E sono i dottori: Gino Burattoni, Antonietta Moar e Roberto Tommasini.

Ringrazio il Presidente dei Farmacisti dottor Bruno Bizzaro, il Presidente dei Veterinari dottor Alberto Aloisi, ai quali dò subito la parola per un breve saluto.

[...]

Prima di presentarvi i punti che hanno caratterizzato quest'anno di attività voglio ringraziare il Consiglio che mi supporta e le molte collaborazioni anche esterne, nelle varie Commissioni. Un ringraziamento pure ad Alberto Folgherai-

ter al quale è stato affidato il ruolo di Responsabile del nostro Notiziario, rinnovato e mi auguro gradito. Un grazie di cuore pure a tutte le nostre preziose Collaboratrici dell'Ufficio dell'Ordine.

E veniamo all'attività del Consiglio nel 2013.

Deontologia. Per quanto riguarda la Deontologia, l'essenza della nostra *mission*, abbiamo messo a disposizione della Collettività medica provinciale e nazionale gli atti del Convegno dell'ottobre 2012 sul "fine vita" e abbiamo altresì partecipato ad incontri con medici, società e circoli culturali sul tema.

Abbiamo tenuto una serie di incontri di alto livello sulla proposta di bozza del nuovo Codice Deontologico, che hanno portato ad una sua revisione sostanziale, tradotta dopo il Seminario di settembre, in un documento attualmente all'attenzione della Consulta della FNOMCEO.

Scuola di formazione. In campo formativo è la nota lieta della nostra medicina di Famiglia: tredici anni di attività, di cui cinque

con l'attuale staff. Una scuola attenta interprete delle Metodologie Formative più avanzate, anche alla luce delle trasformazioni sociali e umane della società, con un'attenzione particolare al rapporto medico-paziente ma anche ai Processi Tecnologici innovativi, nonché al cambiamento della domanda del cittadino, al mutare della salute e all'esigenza di innovare i Modelli organizzativi. Già sapete degli Studi-Progetto che abbiamo portato avanti negli scorsi anni sul "Soggetto cronico fragile", sui Modelli organizzativi in campo Europeo della "Medicina di territorio".

Voglio qui rimarcare lo studio su alcuni Modelli Organizzativi Nazionali della "Medicina di base", che abbiamo presentato sabato scorso in una sala gremita di professionisti e con la partecipazione dell'Azienda. Nel corso del 2013 questa Scuola di Formazione è stata anche istituzionalizzata con la predisposizione del Regolamento, del Piano Formativo, dei *Curricula* Formativi e pure con la Continuità Didattica del Direttore e del Coordinatore scientifico.

Clima – L'aria che si respira. Gli ultimi anni della Legislatura provinciale appena conclusa sono stati caratterizzati dalla progressiva riduzione delle risorse finanziarie della Sanità trentina: ciò ha causato essenzialmente un blocco nel turn-over delle risorse umane, personale medico e paramedico. Questo ha determinato difficoltà sul piano organizzativo e creato disagio e malessere all'interno della categoria. Non possiamo negare di percepire da parte dei colleghi medici un progressivo peggioramento "del clima" a causa delle aspettative non corrisposte. Intendo riferirmi alla Rete ospedaliera e del SOP. Sicuramente l'Ordine dei medici ha avuto un atteggiamento troppo remissivo nei confronti delle Istituzioni. Su questo aspetto ritenia-





Sala gremita, sabato 7 dicembre 2013 per la "Giornata del medico" presso la sede dell'Ordine

mo necessaria una seria riflessione e confronto con gli operatori, dai quali possano emergere le nostre proposte operative. È chiaro che il mio pensiero va alla Convention di Riva del Garda.

Abbiamo riproposto, dopo due anni di sospensione, il premio Gherston, ma di questo parleremo in seguito.

Mi piace sottolineare un progetto innovativo sulle tematiche della professione e Biodiritto, nell'ambito della legge 4, tra Ordine dei medici, scuola di Formazione di Medicina generale e facoltà di Giurisprudenza di Trento, che riguarda la "deontologia dell'agire medico tra iper medicalizzazione e contrazione delle risorse", che è già partito e sarà portato a termine nel 2014.

Formazione. In qualità di *Provider* abbiamo partecipato all'organizzazione e all'accreditamento di Convegni e Corsi di aggiornamento su richiesta di colleghi iscritti, mettendo a disposizione il supporto dell'Ufficio e la Sede ogni volta che ci è stato richiesto.

I Martedì formativi. I sei incontri-seminario accreditati, su "Medi-

cina legale e Psichiatria" coordinati dal dotto Zappaterra hanno visto grande partecipazione e riscosso notevole interesse. Sono già allo studio altri martedì formativi su "Appropriatezza prescrittiva degli esami di Laboratorio" e "Patologia del minore" che saranno proposti nel 2014.

Medicine Complementari. Un problema che ci trasciniamo da molto tempo, ma che ormai è in via di definizione: a breve sarà pronto il Regolamento messo a punto dalla Commissione ad hoc, della quale facciamo parte, che ci permetterà di redigere gli Elenchi e la definizione dei Titoli.

Camera Conciliativa. Prevista nella Legge 16 come facoltativa, volontaria e gratuita, senza Patrocinio legale. In accordo con l'Assessorato abbiamo chiesto la costituzione di un Organismo di Conciliazione Provinciale che contenga un Mediatore Medico Formato, come previsto dalla normativa nazionale, che come saprete, con sentenza della Corte Costituzionale e successivo decreto (legge dell'agosto 2013), rende la mediazione obbligatoria.

Altra nota dolente: il *teaching hospital* o *medical school*. Nella primavera 2013, dopo un impegno dell'Ordine di anni, sembrava certo che nel 2014 il progetto potesse partire. Nell'estate 2013, qualcosa è evidentemente cambiato, tant'è che l'allora Assessore Rossi dichiarava: "*Medical school*, progetto congelato". E ora? Che posto occupa nell'Agenda? Continuo a pensare che sia un grave errore non assicurare a un limitato numero di studenti degli ultimi anni di medicina una opportunità formativa eccezionale, con ricadute di garanzia occupazionale e di qualità, sfruttando le opportunità che potrebbero offrire APSS, Università e Istituti di Ricerca.

Siamo a disposizione della nuova Assessora con spirito di collaborazione e disponibilità immediata. Abbiamo valutato alcune criticità ed elaborato proposte in merito alla riorganizzazione della Medicina di territorio, della Rete ospedaliera e dei Dipartimenti, sulle quali vorremmo confrontarci quali interlocutori tecnici competenti, equidistanti da logiche sindacali, politiche ed aziendali.

Collegli per sempre

Con la morte di Maria Luisa Gubert il Tesino ha perso la “sua medica”

Nata a Fiera di Primiero, Maria Luisa Gubert si era laureata a Padova il 14 luglio 1977 ed aveva superato l'abilitazione nella II sessione di quello stesso anno. Giovannissimo medico, prese servizio a Tesino e a Bieno nel 1978 e da lì non si è più spostata, né per la professione, né per la vita.

Si era specializzata a Padova in Tisiologia e malattie dell'apparato respiratorio nel 1982, non per andarsene in un reparto ospedaliero, ma per curare meglio i suoi pazienti.

Così, in 35 anni di servizio, Maria Luisa Gubert è diventata “la medica” di riferimento, stimata e ben voluta da tutti i suoi pazienti, per i quali spesso era soprattutto un'amica, una consigliera che sapeva curare e consolare.

Viaggiava rapida e sicura per le strade di montagna con la jeep per visitare i suoi pazienti, in particolare le persone anziane e sole, di cui conosceva ormai ogni aspetto della loro vita trascorsa; talvolta i suoi pazienti diventavano ospiti della casa di riposo «Piccolo ospedale» di Pieve, dove continuava a svolgere la sua attività medica, impegnandosi anche nel consiglio di amministrazione.

In maggio le sue condizioni fisiche non le hanno più consentito di far fronte agli impegni professionali che richiedeva la conca, per cui era stata costretta al pensionamento anticipato, e a dedicarsi con maggiore costanza alle cure di cui aveva bisogno in Ematologia e Day Hospital di Trento.

L'8 novembre è stata celebrata la cerimonia funebre nella chiesa Ar-

cipretale di Fiera-Pieve e solo allora alcuni anziani, irriducibili ottimisti, aggrappati fino all'ultimo alla speranza di un miracolo, si sono resi conto di aver davvero perso per sempre la loro “medica” e si sono rassegnati all'idea di dover scegliere un altro medico.

TESINO e da allora rimase sempre in valle curando e assistendo i malati con grande passione

Maria Luisa Gubert
Un lutto per la Conca
La dottoressa era molto stimata e ben voluta



I medici e gli odontoiatri scomparsi nel 2013

dott. LUIGI LORO	morto il 30 dicembre 2012
dott. FABIO PEDERZINI	morto il 3 gennaio 2013
dott. LUIGI DELL'ACQUA	morto il 12 gennaio 2013
dott. ANTONIO CALVANO	morto il 28 gennaio 2013
dott. GIOVANNI FUMO	morto il 4 febbraio 2013
dott. SEBASTIAN MATTATHIL	morto il 6 febbraio 2013
dott. SSA MIRELLA ROSSI	morta il 21 febbraio 2013
dott. SANDRO MAISTRI	morto il 7 marzo 2013
dott. ANGELO DE STEFANO	morto il 12 marzo 2013
dott. ARRIGO GUELLA	morto il 17 marzo 2013
dott. SSA SILVANA NARDELLI	morta il 21 marzo 2013
dott. MARIO FAURI	morto il 25 maggio 2013
dott. SALVATORE TITO ALES	morto il 19 giugno 2013
prof. GIUSEPPE BARBARESCHI	morto il 30 giugno 2013
dott. GIUSEPPE BERTOLUZZA	morto il 1 luglio 2013
dott. EMO MODENA	morto il 20 luglio 2013
dott. FRANCO MARAFIOTI	morto il 17 agosto 2013
dott. DANTE DE FEO	morto il 21 agosto 2013
dott. OSCAR GROTTOLO	morto il 29 agosto 2013
dott. SSA DANIELA CATTOI	morta il 24 settembre 2013
dott. RINALDO ROMANINI	morto il 7 ottobre 2013
dott. FRANCESCO RIGOBELLO	morto il 9 ottobre 2013
dott. CARLO MARCHIORI	morto il 15 ottobre 2013
dott. MATTEO HUELLER	morto il 17 ottobre 2013
dott. SSA MARIA LUISA GUBERT	morta il 5 novembre 2013
dott. SSA LUISA CAVALLONI	morta il 15 novembre 2013
dott. GIUSEPPE LUSUARDI	morto il 28 novembre 2013
dott. BRUNO SAVOI	morto il 1° dicembre 2013
prof. GIULIANI LINO	morto il 2 dicembre 2013
dott. CARLO SEBESTA	morto il 5 dicembre 2013

Ospedale del topo – 2. parte

La sconfitta del cancro passa dai topi “avatar”

Pubblichiamo la seconda parte della conferenza tenuta nella sede dell'Ordine, il 19 giugno 2013, dal prof. Pierpaolo Pandolfi de Rinaldis, premio Pezcoller 2011 per la ricerca internazionale sul cancro.

[2] “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...”

E ci siamo accorti che una leucemia promielocitica, dal punto di vista genetico è ancora più rara perché ci sono sei tipi diversi e questi sei tipi rispondono in maniera differenziata alla terapia. Lì si è posto il problema: come facciamo a utilizzare i farmaci per curare la APL (*Acute Promyelocytic Leukemia*) se abbiamo sei sottotipi e questa APL è talmente rara che per trovare dieci pazienti di un tipo, o cinquanta di un altro tipo, impiegheremmo cinquant'anni. E poi dovremmo testare un farmaco alla volta. La storia della APL l'abbiamo vinta perché abbiamo preso i geni di questi tipi di APL e li abbiamo immessi nei topi. A loro sono venute leucemie, indistinguibili da quelle umane, che rispondevano in maniera differenziale all'acido retinoico. A quel punto, il clinico che veniva al *group meeting* ha detto: questo può essere un approccio al problema veramente utile. Pertanto, col suo aiuto, ci siamo messi a ottimizzare terapie sperimentali.

Quando abbiamo trovato combinazioni di terapie che funzionavano nei topi, siamo passati alla cura dell'uomo. E queste combinazioni hanno sconfitto la *Leucemia Promielocitica acuta*.

Abbiamo trasferito le informazioni dall'*ospedale del topo* all'ospedale dell'uomo.

A tutt'oggi la *Leucemia Promielocitica acuta* è curabile in questo modo: ai pazienti che hanno il tipo che risponde all'acido retinoico si dà una combinazione di acido retinoico e triossido di arsenico. Entrambi sono farmaci mirati che attaccano l'oncogene. Mentre, al tipo che non risponde all'acido retinoico diamo un'altra combinazione con l'inibitore dell'istone deacetilasi (HDAC). Questo farmaco, quando abbiamo cominciato a lavorarci, era ancora sperimentale. Adesso è un farmaco approvato che si chiama *Vorinostat*.

Che cosa gliene verrà alle case farmaceutiche quando noi diremo loro quale farmaco funziona e che quel farmaco è approvato per uso clinico?

Abbiamo una convergenza di intenti: perché lo vogliono i pazienti, lo vogliono i governi, lo vogliono le Case farmaceutiche, lo vogliono gli scienziati.

Quest'approccio funziona da ogni punto di vista.

Per farvi capire il successo dell'APL vi dico che prima di aver caratterizzato la genetica dell'APL, più o meno morivano tutti. Oggi non muore più nessuno di *Leucemia Promielocitica acuta*. Naturalmente l'APL è curabile solo nei Paesi che possono permettersi quel tipo di medicine.

Il tema è interessante. L'acido retinoico se lo possono permettere



Il prof. Pierpaolo Pandolfi

tutti perché è comune. Su triossido di arsenico gli americani hanno un “patent” (un brevetto) che sono riusciti a riservarsi non so come, perché l'arsenico triossido si trova nell'acqua della Toscana e in altre acque... Come siano riusciti a mantenere l'esclusiva Dio solo lo sa. Ad ogni buon conto, l'arsenico triossido costa una cifra incredibile nel mondo occidentale. I cinesi se ne fregano del “patent” americano e continuano a usarlo. Del resto hanno scoperto loro che quel farmaco funzionava... Questo è il mondo. Cammina a tre o quattro velocità.

In Vietnam, tanto per fare un esempio, possono dare soltanto l'acido retinoico, e con solo questo farmaco la malattia è recidivante e si muore. Il fatto è che lo stesso farmaco è venduto a prezzi diversi secondo i vari Paesi.

Per tornare all'*ospedale del topo*, dopo aver debellato la APL abbiamo imparato a “modellizzare” il cancro nel topo. Abbiamo scoperto nuovi geni, ma negli ultimi quindici anni le cose sono cambiate. Intanto abbiamo molti più farmaci in sperimentazione clinica. Quando affrontavamo l'APL avevamo quat-

tro o cinque farmaci da studiare (chemio, acido retinoico, arsenico), adesso ne abbiamo centinaia e sono tutti in fase clinica.

Altre due questioni che volevamo cambiare, e non siamo ancora riusciti, sono: la tempistica (per la APL abbiamo impiegato quindici anni) e un'altra cosa. In America c'è uno iato, quasi una schizofrenia, in base a cui quelli che lavorano in Accademia fanno i ricercatori, praticano una scienza poco fruibile da chi fa clinica. Viceversa c'è una cultura del *Trial clinico*, evidentemente gestita dalle case farmaceutiche... Queste due culture non si incontrano mai a mezza strada. I ragazzi del mio laboratorio pubblicano su *Science*, *Nature*, su altre riviste, e sono contenti se la loro consulenza finisce qui. Se riescono a dimostrare che il farmaco nel topino funziona pubblicano i risultati su *Nature*. Così la loro carriera avanza. Il clinico è contento se pubblica un lavoro su *New England*. Que-

ste due culture raramente parlano tra di loro.

La storia della APL l'abbiamo vinca perché parlavamo con i clinici ogni giorno. Quando sono andato a Harvard abbiamo deciso che dovevamo cambiare l'approccio APL. Invece di glorificarci, abbiamo deciso di vedere quali erano le forze e le debolezze di quell'approccio e ci siamo inventati questo che chiamiamo "approccio co-clinico".

Sembra banale, ma non riusciamo a capire perché non ci siamo arrivati dieci anni prima. Se è vero che ci sono tanti farmaci già in sperimentazione clinica, dovevamo creare un'infrastruttura nella quale questa sperimentazione clinica fosse allineata alla sperimentazione nell'*ospedale del topo*. Co-clinico vuol dire che, se qui a Trento aveste un *trial* clinico, per esempio, cardiovascolare (poniamo: avete un nuovo farmaco per il diabete) e lo state dando con un determinato protocollo, questo

trial clinico viene allineato con analogo *trial* nell'*ospedale del topo*. In tal modo i pazienti surrogati del diabete usufruiscono di identici protocolli clinici. E lì costringi lo scienziato a fare il dottore e viceversa. Nel cancro possiamo fare una terza operazione che, negli Stati Uniti, va tanto di moda anche a livello clinico. Se al signor Rossi viene diagnosticato un tumore alla prostata, può chiedere – e gli ospedali che riescono a proporre questa offerta hanno un vantaggio – che il proprio tumore venga immesso in un topo immunodeficiente. A quel punto il tumore viene propagato e il topo diventa una replica del signor Rossi. A che cosa può essere utile tutto questo? Che se, in questo momento, il signor Rossi è soggetto a un certo tipo di farmaco sperimentale, nel topo possiamo fare questo e altro. Possiamo persino anticipare l'ipotetica recidiva del tumore del signor Rossi.

Harvard, grazie all'“ospedale del topo” più vicina la svolta sui tumori alla prostata

Viaggio nella struttura del Beth Israel cancer center dove opera il team di Pier Paolo Pandolfi

dall'inviato ARNALDO D'AMICO

BOSTON - L'*ospedale del topo* occupa l'ottavo piano di un grattacielo di acciaio e cristallo azzurrino circondato dalle cliniche oncologiche della Harvard University. Nei sotterranei Tac, Risonanza magnetica e Pet a misura di topolini. In mezzo il laboratorio di ricerca di Pier Paolo Pandolfi. Siamo al *Beth Israel Cancer Center* dove si sta per sconfiggere il cancro della prostata.

La strategia è la staffetta topo-uomo che ha già sconfitto la leucemia acuta promielocitica. “Due i fattori che accorciano i tempi: i topi trasformati in malati e la rapida valutazione di nuovi composti, oltre al ripescaggio di vecchi farmaci”, spiega Andrea Lunardi, giovane docente di Medicina nel team di Pandolfi alla Harvard Medical School che fa da “Virgilio” nel grattacielo.

L'ottavo piano è occupato da centinaia di gabbiette che ospitano 3-4 esemplari. Su ognuna, dei codici indicano la cartella clinica informatizzata che, come quella dei pazienti, riporta il diario clinico, i risultati di analisi del sangue, radiologiche, biopsie, eventuali interventi e radioterapie. E la diagnosi di tumore e come si è sviluppato: da un frammento di quello del paziente, dai geni del tumore del paziente “ingegnerizzati” nel topo o dai geni dell'animale omologhi a quelli umani in cui è stato riprodotto lo stesso danno genetico. “Così questi simulacri viventi del paziente oncologico - aggiunge Lunardi - lo accompagnano, spesso lo precedono data la maggiore velocità con cui possiamo ottenere risposte nell'*ospedale del topo*, in tutto il percorso diagnostico e terapeutico, compresi i trattamenti integrati farmaci-chirurgia-radioterapia. E poi nella sperimentazione dei farmaci”.

Io vado all'ospedale, mi diagnosticano il tumore alla prostata, mi dicono: vuoi il tuo tumore "avatar" nel topino? Intanto che tu prendi un farmaco, noi al topino somministriamo una serie di farmaci e vediamo a quali risponde e a quali no.

Nel nostro approccio co-clinico abbiamo tutti e tre i "bracci": uno è clinico; nell'altro inseriamo il tumore di quelli che sono arruolati nel *trial* clinico (hanno cioè tutti la loro replica nel topo immunodeficiente). Nel terzo "braccio" abbiamo creato dei topini con cinquanta tipi di tumore alla prostata. Tumori alla prostata causati da agenti diversi e che rappresentino la diversità del cancro alla prostata umano. Questo è stato meravigliosamente descritto da Arnaldo d'Amico su Repubblica. L'ha chiamata "La staffetta uomo-topo" (vedi articolo inquadrate).

Ecco ciò che facciamo. Se un paziente con un cancro alla prostata, o al polmone, o è leucemico, è

soggetto a un farmaco sperimentale, diamo lo stesso farmaco a tutti i tipi di tumore alla prostata dei quali siamo a conoscenza. Dobbiamo dare ai due pazienti uomo-topo il farmaco allo stesso modo. I protocolli sono perfettamente sincronizzati; il supporto è identico. I topini devono fare esattamente quello che fa il paziente uomo, non puoi sgarrare se non a quel punto l'approccio non è più co-clinico. Così succede che se tu dai un farmaco sperimentale a cento pazienti con il tumore alla prostata vediamo che novanta non rispondono al farmaco, dieci rispondono e dopo un po' recidivano. Ed è esattamente quello che vediamo nell'*ospedale del topo*. Il topo con il genotipo A, B, D proprio non risponde al farmaco. Il topo con il genotipo C, inizialmente risponde poi recidiva. Qual è il vantaggio? È che noi scambiamo continuamente informazioni tra i due ospedali: dell'uomo e del topo. La prima in-

formazione che diamo ai colleghi dell'ospedale dell'uomo è: guardate che i topi col genotipo A, B e D non hanno risposto, controllate se nei vostri pazienti quelli che non hanno risposto alla cura sono del genotipo A, B e D e guardate se quelli che hanno risposto avevano il genotipo C.

Persino le Case farmaceutiche finanziano "l'ospedale del topo"

È quanto abbiamo fatto e raccontato nei due lavori usciti una settimana fa e dei quali il *New York Times* ha pubblicato un ampio resoconto. Abbiamo cioè potuto dimostrare che il genotipo del topo prediceva quali tumori avrebbero risposto nell'ospedale umano. Questo aiuta le case farmaceutiche ad avere subito l'approvazione per il farmaco sperimentale. Se tu vai davanti all'Agenzia del farmaco e dici: ho trattato cento pazienti per tumore alla prostata e solo dieci hanno risposto, l'Agenzia non vi dà l'appro-

"Grazie al 95% di geni comuni con l'uomo - racconta Lunardi - i risultati sui topi così trattati possono predire bene quelli sugli uomini. Per questo servono sempre più modelli animali e sempre più fedeli nel ricapitolare la patologia umana. Purtroppo le colture di cellule umane, ben più economiche, sono meno affidabili. È tanto tempo che sono in coltura dove cambiano il loro Dna così tanto da diventare più distante dall'uomo di quello del topo".

Riguardo alla cura "non sperimentiamo solo farmaci nuovi. Molti dei "candidati" che mettiamo nella staffetta topo-uomo li peschiamo nei magazzini dei centri di ricerca farmacologica - dice Pandolfi - Migliaia di molecole in uso per altre malattie o che, superate le prove tossicologiche iniziali, non hanno dato i benefici cercati. Ha funzionato con leucemia promielocitica, sta funzionando col cancro della prostata. Grazie ai nostri "modelli murini" stiamo mettendo a punto specifiche combinazioni di farmaci che fermano i diversi tipi di cancro della prostata (stratificati su base genetica) quando questi diventano resistenti alle cure attuali", conclude Pier Paolo Pandolfi.

(**"La Repubblica", 28 novembre 2012**)



vazione perché osserva che il 90% dei pazienti non risponde. Ma se tu dici: il 100% dei pazienti col genotipo C ha risposto, è chiaro che ti approvano la sperimentazione. L'hanno capito al punto che adesso le case farmaceutiche stanno finanziando l'*ospedale del topo*.

Sulla base di questo noi possiamo chiederci: perché i topini col genotipo A, B e D non hanno risposto e quello col genotipo C, sì?

Partendo da qui si può cercare e trovare il modo per far rispondere quelli che non rispondono al farmaco e per prolungare la risposta di quelli che rispondono.

L'*ospedale del topo* possiamo usarlo quando il farmaco non è ancora arrivato nella clinica. In tal modo possiamo già anticipare alla casa farmaceutica, che ce l'ha chiesto se, poniamo, in dieci tipi di tumore quel farmaco funziona o no.

Lo possiamo fare co-clinicamente quando il farmaco è già in sperimentazione clinica. Ma lo possiamo fare anche post clinicamente. Mi spiego: voi clinici, date ai vostri pazienti farmaci che sono accettati dalla Comunità scientifica, fino a prova contraria. Tuttavia, se è vero che la genomica detta le modalità di risposta dei pazienti (e non vale solo per il cancro) per quale motivo non dovremmo reinterpretare anche gli *standard of care* (gli standard terapeutici). Per il cancro si usano Adriamicina, Cisplatino e altro. In genere questo *standard of care* viene somministrato a tutti. Ma se il farmaco mirato risponde solo in alcuni tumori e non in altri, perché non dovremmo usare questo sistema per capire quali sono i pazienti che rispondono meglio alla chemioterapia o meglio alla radioterapia, rispetto ad altri? Stiamo usando l'*ospedale del topo* anche per ottimizzare gli *standard of care*.

Per fare questo però si deve creare l'*ospedale del topo*, con strutture uguali, anzi potenziate, rispetto

all'ospedale umano. Abbiamo Tac, Pet, e altro; abbiamo laboratori di patologia integrata; ma per fare questo devi avere dei patologi specializzati nella lettura dei vetrini dell'uomo e del topo, che è simile all'uomo ma non identico. Dobbiamo integrare i dati bioinformatici, perché tutta la genomica viene fatta sia negli uomini sia nei topi. Abbiamo pure la *farmacia del topo*. In più, rispetto alla farmacia dell'ospedale umano, dobbiamo negoziare con le case farmaceutiche perché a volte il farmaco sperimentale non ce lo vogliono dare.



Infatti, se noi scopriamo che il farmaco non funziona, hanno il terrore che questo possa portare a una ricaduta negativa sulla loro capacità di imporre il farmaco anche se c'è soltanto l'estensione di vita media di un mese.

Capite che, a volte, la battaglia è politica. Cioè, io impongo il farmaco in Italia a tutti i pazienti col tumore al polmone, anche se rispondono con un'estensione di vita media di un mese. Se ad Harvard viene fuori il Pandolfi e dice: questo farmaco non funziona per nulla in una serie di tumori, per le Case

farmaceutiche significa la bancarotta.

Noi abbiamo bypassato il problema perché, se loro hanno pubblicato il farmaco, nulla vieta che non lo si possa risintetizzare. Oltre a ciò, nella *farmacia del topo* abbiamo sintetizzato di nuovo tutti i farmaci pubblicati e li usiamo anche se le case farmaceutiche non ce li vogliono dare. Tanto ce li abbiamo già.

E poi ci sono altre due componenti. Dobbiamo continuare a creare modelli di cancro perché si scoprono nuovi geni e dobbiamo fare *education*. Dobbiamo creare i dottori, i patologi, gli infermieri della *clinica del topo*, e avere standard omologhi fra le varie *cliniche dei topi*. Diversamente, non si possono scambiare i risultati. E poi dobbiamo creare dei team nei quali vi siano scienziati, patologi, oncologi, chirurghi che praticano sul topo lo stesso intervento dell'uomo. Mi sto battendo perché l'Italia sia partecipe di questo progetto. Infatti, non sta scritto da nessuna parte che tutto debba essere fatto a Boston o a Cincinnati; ma già Inglesi, Tedeschi, Belgi e Francesi ci sono. Sarebbe importante che ci fosse anche l'Italia perché, a differenza degli Stati Uniti dove ogni ospedale è in competizione con l'altro e non si allea, da noi il *trial clinico* si può fare su cinquanta milioni di pazienti. Se abbracciassimo la rivoluzione genomica e aggiungessimo l'*ospedale del topo* si potrebbero fare grandi cose.

La piattaforma non è virtuale ma reale: siamo operativi in quasi tutti i tumori. L'*ospedale del topo* è all'ottavo piano di un grattacielo che si trova nella *Harvard Medical school*; il mio laboratorio è al quarto piano. L'*ospedale del topo* serve tutta la *Harvard Community* e adesso sta cercando di connettersi con altri *ospedali del topo* in tutto il mondo.

Attualità

Le vaccinazioni in Trentino

dott. Valter Carraro
direttore U.O. Igiene e Sanità Pubblica

Le vaccinazioni hanno permesso la scomparsa nel nostro Paese di gravi malattie quali la poliomielite, la difterite e il drastico calo di altre quali il tetano, il morbillo, la pertosse e le meningiti batteriche da meningococco, pneumococco ed emofilo grazie alle vaccinazioni. Tale effetto positivo delle vaccinazioni, prolungato negli anni, ha determinato l'attenuazione del timore verso le malattie infettive e un calo di attenzione sia della popolazione, ma in una certa misura anche dei medici sull'importanza di eseguire le vaccinazioni al tempo giusto. Nel contempo l'enfatizzazione del rischio da possibili effetti collaterali derivati dalle vaccinazioni e la diffusione di miti e false informazioni su presunti danni da vaccini (emblematico il caso della teoria che il vaccino del morbillo sia la causa dell'autismo) ha determinato dubbi e diffidenza nei genitori rispetto alla sicurezza dei vaccini. Ma come sarebbe il mondo senza vaccini? Per rendersene conto basterebbe leggere "Nemesi", l'ultimo romanzo di Philip Roth ambientato a Newark (USA) nel corso di un'epidemia di polio verificatasi nell'estate del 1944 e dove la poliomielite è la vera protagonista del libro.

Oppure ricordarsi delle epidemie di polio che hanno colpito il trentino fino agli inizi degli anni '60; i casi arrivavano inaspettati; in un paese di poche persone si poteva concentrare un numero elevato di malati senza che nessuno sapesse spiegarsi il perché. Chi aveva bambini sotto i cinque anni di età, i più esposti al contagio, tremava. Perché non si sapeva come prevenirla e anche se faceva relativamente poche vittime, le conseguenze erano pesantissime: arti paralizzati, sedia a rotelle, per alcuni il polmone d'acciaio.

Sono passati 50-60 anni da allora, forse tanti per la memoria del singolo individuo, ma l'equivalente di un lampo per la storia dell'uomo e delle sue malattie.

In questi giorni arrivano notizie, riprese anche dalla stampa nazionale, di casi di polio in Siria e di (Paese che a causa della guerra civile ha coperture vaccinali basse, al di sotto del 60%) e di isolamento di virus nelle acque di scarico di Israele e nelle feci di 27 bambini; l'elevata copertura vaccinale per polio raggiunta in questo Paese ha consentito una valida protezione

della popolazione e nessun caso clinico ad oggi è stato segnalato.

La presenza del virus polio alle porte del mediterraneo ha sollevato forti timori nelle Autorità sanitarie europee per la possibilità che il virus si trasmetta anche in Europa, favorito dalla presenza di aree geografiche con basse coperture vaccinali.

E in Italia? E in Trentino? Possiamo dirci tranquilli perché da noi le coperture vaccinali superano il 95% e tengono lontano il pericolo. Ma cosa potrebbe succedere se aumentasse il numero di genitori che non vogliono vaccinare i loro bambini perché spaventati da informazioni fasulle sulla pericolosità dei vaccini?

In questo articolo viene esposta la situazione vaccinale in Trentino, aggiornata al 2012, situazione che a fronte di una sostanziale tenuta delle coperture vaccinali per le principali vaccinazioni del primo anno di vita presenta delle zone d'ombra che vanno attentamente considerate.

L'offerta vaccinale in Trentino nel 2012 ha seguito le indicazioni del Piano provinciale di Promozione delle Vaccinazioni (PPP) aggiornato a gennaio 2012. Per migliorare l'adesione consapevole all'offerta di vaccinazioni, è stato superato il concetto ormai antistorico di obbligatorietà, suddividendo i vaccini offerti in "raccomandati" (i vaccini che hanno priorità e sono offerti in modo attivo e gratuitamente) e in "tutti gli altri vaccini" (disponibili nei servizi vaccinali a prezzo di costo). Al momento le vaccinazioni prioritarie, attivamente offerte in Trentino, coincidono esattamente con quelle indicate dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV 2012-2014), approvato con atto d'Intesa tra lo Stato e le Regioni nel febbraio 2012.

VACCINAZIONI DELL'INFANZIA

Il calendario provinciale delle vaccinazioni dell'infanzia (vedi tabella 1) prevede la somministrazione nel primo anno di vita di Esavalente e Pneumococco (in tre sedute rispettivamente al 3, 5 e 11 mese di vita).

Nel secondo anno di vita è prevista la somministrazione della prima dose di MPR e del Meningococco C, nella stessa seduta prevista a 13-15 mesi di vita.

Richiami sono previsti a 5-6 anni (Tetravalente + MPR) e a 15 anni (dTp).

Il calendario delle vaccinazioni dell'infanzia prevede anche la somministrazione alle ragazzine 11enni della vaccinazione HPV, per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina, in tre sedute vaccinali, e del vaccino Meningococco C a tutti all'età di 15 anni (una dose).

Tabella 1. Calendario provinciale delle vaccinazioni dell'INFANZIA

VACCINO	ETA 1° anno di vita	2° anno	6 anni	12 anni	15 anni
IPV (Polio)	ESAvalente 3 dosi al 3,5, 11 mese		TETRAval.		dTp
DTPa					
HBV (Epat. B)					
Hib (emofilo)					
PCV-13 (pneumo)	PNEUMO 3 dosi al 3,5, 11 mese				
MPR		MPR-1	MPR-2		
Men C (meningo)		MENINGO			MENINGO
HPV (papilloma v.) (femmine)				HPV (3 dosi)	

L'adesione alle vaccinazioni prioritarie raggiunge, in Trentino, in genere livelli nella media del panorama nazionale (vedi tabella).

Tabella Italia. Coperture vaccinali a 24 mesi (coorte 2010) per esavalente e MPR*

	POLIO	DT	DTP	HBV	MPR1-MPRV	Hib
Piemonte	96,5	96,6	96,5	96,3	91,8	96,1
Valle d'Aosta	96,3	96,4	95,7	95,9	86,5	95,4
Lombardia	96,7	96,7	96,5	96,5	94	95,2
P.A. Bolzano	89,3	89,3	89,3	88,8	71,5	90
P. A. Trento	95,4	95,3	95,1	95	87,3	94,4
Veneto	94,7	94,7	94,6	94,4	91,6	94,1
FVG	95,3	95,5	95,1	94,7	90	94,6
Liguria	96,8	96,8	96,7	96,8	88,8	96,5
Emilia Romagna	96,3	96,5	96	96,1	92,4	95,4
Toscana	95,3	96,6	95,1	95,2	91,1	94,4
Umbria	97,5	97,4	97,3	97,2	94,5	97,2
Marche	97,6	97,6	97,5	97,3	81,8	88,2
Lazio	98,9	98,9	98,8	99,9	90,5	97,5
Abruzzo	99,7	99,7	99,7	99,7	85,2	99,7
Molise	97,6	97,6	97,6	97,6	89,4	97,6
Campania	93,3	94,2	93,3	93,3	87,7	93,3
Puglia	96,5	96,5	96,5	96,5	92,6	96,5
Basilicata	99,8	99,8	99,8	99,8	95	99,8
Calabria	95,8	95,8	95,8	95,8	88,1	95,8
Sicilia	95,7	95,7	95,7	95,7	89	95,7
Sardegna	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Italia	96,2	96,4	96,1	96,1	88,9	95,4

* fonte: Ministero della Sanità

Di seguito si riportano in sintesi gli aspetti più salienti relativi all'adesione alle vaccinazioni dell'infanzia nella nostra provincia, registrati nel 2012.

VACCINAZIONI DELL'INFANZIA

In evidenza:

Vaccinazioni obbligatorie. Pur rimanendo a valori elevati (> 95%) si conferma la tendenza nel tempo al lento calo delle coperture vaccinali per le vaccinazioni obbligatorie (polio, difterite, tetano, epatite B); ad esempio per la polio si passa dal 97,4 % registrato nel 2000 al 95,4 % nel 2012. Tale tendenza al lento calo è in linea con il dato nazionale.

Pneumococco e Meningococco. Si conferma il progressivo graduale aumento del tasso di copertura a 24 mesi di vita per le vaccinazioni pneumococco e meningococco: rispettivamente dell' 86,1% (+1,5% rispetto all'anno precedente) e del 78,4% (+3,8% rispetto all'anno precedente).

Variabilità territoriale. L'adesione alle vaccinazioni differisce da un distretto all'altro, per talune vaccinazioni anche in maniera significativa. Il Distretto Centro Sud presenta complessivamente valori di copertura vaccinale ai 24 mesi più elevati rispetto alla media provinciale; in particolare per la vaccinazione meningococcica (+8%), pneumococcica (+6%), morbillo-parotite-rosolia (+3%). Il contributo maggiore è dato dall'Ambito Giudicarie e Rendena e Alto Garda e Ledro.

Vaccinazioni a 5-6 anni. Il tasso di copertura per il richiamo di polio, difterite-tetano-pertosse previsto a 5-6 anni di vita (coorte di nascita 2005) è stato del 92,7 %; quello per la seconda dose di morbillo, parotite e rosolia dell'87,5%; i valori sono sovrapponibili a quelli dell'anno precedente.

Vaccinazioni a 14-15 anni. Il tasso di copertura per il richiamo di difterite-tetano-pertosse previsto a 14-15 anni (coorte 1996) è stato dell'80,2% (valore riferito al tetano), sovrapponibile all'anno precedente.

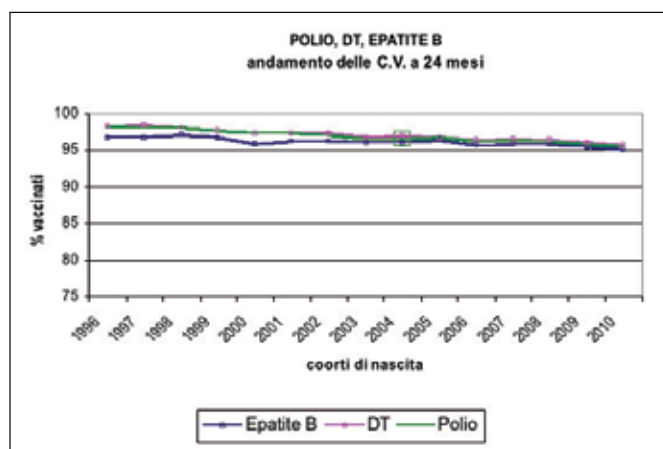
Vaccinazione HPV. Per quanto riguarda la vaccinazione anti papilloma virus (HPV), il tasso di copertura vaccinale per la coorte di nascita 2000 è pari al 59% e si presenta in aumento rispetto alla coorte 1999, (+5% alla terza dose di vaccino).

In Trentino, attualmente, sono sospese le sanzioni amministrative (le multe) per i casi di mancata vaccinazione per le quattro vaccinazioni obbligatorie (polio, difterite, tetano, epatite B) ed è in atto un percorso per migliorare l'adesione consapevole all'offerta delle vaccinazioni, che prevede, in caso di esito positivo) la possibilità di adottare provvedimenti legislativi di sospensione dell'obbligo vaccinale nella nostra provincia.

L'andamento temporale delle coperture delle 4 vaccinazioni così dette "obbligatorie" (grafico 1) evidenzia dal 1996 ad oggi un lento declino, passando dal 98% a valori di poco superiori al 95%.

Graf. 1 Vaccinazioni obbligatorie: andamento delle coperture vaccinali a 24 mesi di vita

Provincia Autonoma di Trento, coorti di nascita 2000-2010



La vaccinazione antimorbillo costituisce, in ambito vaccinale, la principale criticità registrata in provincia di Trento. Il mancato raggiungimento di elevate coperture vaccinali (> 95% a 24 mesi di vita) impedisce l'eliminazione delle epidemie di morbillo nel nostro territorio, che puntualmente si presentano ogni 4-5 anni e che interessano prevalentemente adolescenti e giovani adulti, con un numero significativo di complicanze e ospedalizzazioni.

Un aspetto molto importante da sottolineare per questa vaccinazione, che in misura minore è verificabile anche per le altre vaccinazioni, è il ritardo a vaccinare. Nella tabella seguente si evidenzia che i bambini della coorte 2005 a 7 anni hanno una copertura vaccinale del 92,7% per la prima dose con un incremento di ben 5 punti percentuali rispetto alla copertura registrata a 24 mesi di vita (87,4%). Questo sta a significare che in molti genitori più che una contrarietà a vaccinare vi è la tendenza a differire la vaccinazione, per una sottovalutazione del rischio della malattia e per la convinzione che sia preferibile aspettare che il bambino sia più grandicello. Tale ritardo espone inutilmente il bambino al rischio di contrarre nel frattempo la malattia, inficiando in parte i vantaggi della vaccinazione.

Tab. 4 Vaccinazione MPR: raffronto delle coperture vaccinali per MPR1 a 2 e a 7 anni.

Provincia Autonoma di Trento, coorte di nascita 2005

	% vaccinati a 2 anni	% vaccinati a 7 anni
Morbillo 1	87,39	92,71
Parotite 1	87,24	92,51
Rosolia 1	87,28	92,56

LE VACCINAZIONI DELL'ADULTO

Il calendario delle vaccinazioni dell'adulto è ovviamente molto più semplificato rispetto a quello previsto per l'età evolutiva. In pratica prevede richiami annuali per la vaccinazione contro il Tetano da eseguirsi con vaccino dT, contenente la componente difterica, per garantire un rinforzo della protezione contro tale malattia. Un'importante novità contenuta nel piano nazionale e in quello provinciale di promozione delle vaccinazioni è la previsione che almeno una dose dei richiami decennali per il Tetano sia eseguita con vaccino trivalente dTp, contenente la componente antipertossica. Tale decisione si inserisce in una strategia di prevenzione della pertosse del lattante, considerato che oggi la fonte principale di contagio della pertosse per i bambini sotto i 6 mesi di vita, ancora non vaccinati o incompletamente vaccinati, è rappresentato dagli adulti (genitori, nonni altri familiari o conoscenti adulti); tale strategia è conosciuta in ambito vaccinale come strategia del "bozzolo".

Le altre vaccinazioni raccomandate nell'adulto sono l'antinfluenzale da eseguirsi con cadenza annuale da tutte le persone che hanno 65 o più anni e la vaccinazione antipneumococcica eseguita nella nostra provincia al compimento del 65° anno di vita.

Tabella. Calendario provinciale delle vaccinazioni dell'ADULTO

Vaccino	Ogni 10 anni	> 65 anni
Tetano (vaccino dt/dTp)	1 dose/10 anni	
Influenza		1 dose/anno
Pneumococco (PCV-13)		1 dose a 65 anni

Oltre a queste vaccinazioni "di routine" previste per tutte le persone in base all'età, vanno considerate le vaccinazioni consigliate alle persone, a prescindere dall'età e in funzione di particolari condizioni mediche presenti. Nella quasi totalità dei casi in presenza di patologie croniche sono raccomandate la vaccinazione antinfluenzale annuale e la vaccinazione antipneumococco (vedi tabella sotto). Altri tipi di vaccinazione, indicati in grassetto nella tabella, sono raccomandati in casi particolari.

Tabella. Vaccinazioni raccomandate per soggetti A RISCHIO, a prescindere dall'età

Patologia	Vaccinazioni raccomandate
Diabete mellito Malattie cardiovascolari croniche Malattie polmonari croniche	Influenza Pneumococco
Insufficienza renale cronica Emodializzati Trapiantati renali	Influenza Pneumococco <u>Epatite B</u>
Epatopatie croniche	Influenza Pneumococco <u>Epatite B</u>
Candidati al trapianto di fegato Coagulopatie	<u>Epatite A</u> <u>Epatite B</u>
Immunodeficienza Congenita da leucemia, linfoma, m. di Hodgkin, mieloma multiplo da terapia immunosoppressiva o corticosteroidica da virus HIV	Influenza Pneumococco
Emoglobinopatie	Influenza
Asplenia anatomica Asplenia funzionale: • drepanocitosi • beta talassemia	Influenza Pneumococco <u>Meningococco</u> <u>Hib</u>

Nella finestra sottostante sono riportati in sintesi i risultati della campagna vaccinale antinfluenzale annuale in Trentino al 2012. La successiva tabella permette il raffronto con le altre Regioni/Province Autonome.

Tabella. Vaccinazione Influenzale: copertura vaccinale % in Italia. Dati provvisori

Regione	2011/2012		2012/2013	
	≥ 65 anni	Totale	≥ 65 anni	Totale
PIEMONTE	55,0	15,7	51,5	14,8
VALLE D'AOSTA	56,2	14,8	47,0	12,3
LOMBARDIA	57,9	13,4	48,2	11,4
BOLZANO	42,5	9,6	35,3	8,0
TRENTO	62,2	14,9	56,3	13,7
VENETO	67,1	17,8	58,3	15,6
FRIULI	61,8	18,4	55,2	16,3
LIGURIA	55,6	21,0	41,5	15,8
EMILIA ROMAGNA	64,7	19,2	56,2	16,4
TOSCANA	67,8	22,2	58,3	18,5
UMBRIA	74,0	20,9	67,9	18,9
MARCHE	62,2	18,4	54,9	12,6
LAZIO	62,2	18,1	56,3	16,1
ABRUZZO	59,7	16,5	50,3	13,2
MOLISE	60,5	21,2		
CAMPANIA	73,1	18,5	61,4	15,2
PUGLIA	69,0	21,9	57,2	17,4
BASILICATA	63,1	19,4	58,5	17,1
CALABRIA	65,6	24,2	49,3	12,7
SICILIA	60,2	17,1	54,0	13,9
SARDEGNA	57,0	15,2		
Totale	62,7	17,8	54,4	14,8

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

In evidenza: La campagna di vaccinazione influenzale 2012 è stata caratterizzata da un evidente calo delle adesioni alla vaccinazione influenzale; tale diminuzione è dovuta ai dubbi e alle polemiche sulla sicurezza del vaccino insorte in seguito ritiro di alcuni lotti di vaccino disposti dall'AIFA. Il calo delle adesioni alla vaccinazione influenzale non è specifico della nostra Provincia ed è stato registrato anche nelle altre Regioni d'Italia. Nel 2012, nella campagna antiinfluenzale, sono state vaccinate 72.062 persone, 6.713 in meno rispetto all'anno precedente (78.775); la copertura vaccinale nella popolazione anziana di età > 65 anni è stata del 56,3 5,8% con un calo di circa 6 punti percentuali rispetto all'anno precedente (62,1%). I medici di MG hanno somministrato 51.200 dosi di vaccino influenzale, 10.297 dosi in meno rispetto all'anno precedente (61.497 dosi). La percentuale delle dosi somministrate dai MMG rispetto al totale di dosi effettuate è stata del 71,0% (78,1 nell'anno precedente).

Conclusioni

Le vaccinazioni, pur essendo note come l'intervento di sanità pubblica che ha salvato più vite umane dopo la potabilizzazione dell'acqua, stanno vivendo un periodo di difficoltà, vittime del loro stesso successo: la scomparsa e/o la riduzione di importanti malattie infettive ha diminuito nella popolazione il rischio percepito e contemporaneamente si è diffusa, causa anche una persistente disinformazione, l'idea che esse siano associate a pericoli gravi.

Questa perdita di fiducia nelle vaccinazioni e la mancata consapevolezza dei vantaggi da esse offerte possono avere conseguenze importanti in termini di salute pubblica.

I medici possono svolgere un ruolo importante per contrastare tale tendenza ponendo sistematicamente attenzione allo stato vaccinale delle persone che ad essi si rivolgono (la storia vaccinale di un paziente è parte integrante dell'anamnesi medica), consigliando le vaccinazioni raccomandate per l'età o per le condizioni mediche individuali e fornendo informazioni corrette sui vantaggi da esse offerte e sugli effetti collaterali legate ad esse.

Il fenomeno del mobbing: aspetti psicosociali e psicopatologici

a cura di Fabrizio Zappaterra

Dott.ssa Maria Caldarola

Dirigente Medico Psichiatra dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

Il 24 settembre 2013 è stato tenuto un interessante aggiornamento sul mobbing, visto secondo gli aspetti psichiatrici e previdenziali medico-legali.

Il termine “mob”, dall'espressione latina “mobile vulgus”, indica in modo spregiativo la “plebaglia” dedita a vandalismi e sommosse. Nello slang statunitense “mobster”, indica genericamente un malavitoso che terrorizza le vittime a scopo estorsivo.

Agli inizi degli anni settanta dall'etologo Konrad Lorenz ha coniato il termine mobbing per descrivere un particolare comportamento aggressivo tra individui della stessa specie con l'obiettivo di escludere un membro dello stesso gruppo.

Per potersi parlare di mobbing sul lavoro, l'attività persecutoria deve essere funzionale alla espulsione del lavoratore, causandogli una serie di ripercussioni psico-fisiche che spesso sfociano in specifiche malattie psichiatriche ad andamento cronico.

Quindi il mobbing è una situazione lavorativa di conflittualità sistematica, persistente in un costante progresso in cui una o più persone vengono fatte oggetto di azioni ad alto contenuto persecutorio da parte di uno o più aggressori in una posizione superiore, inferiore o di parità, con lo scopo di provocare alla vittima danni di vario tipo e gravità. Il mobbizzato si trova nell'impossibilità di reagire adeguatamente a tali attacchi e, a lungo andare, accusa disturbi psicosomatici, relazionali e dell'umore che possono portare anche a invalidità psicofisica permanente (EGE 2002).

Il mobbing può essere:

- Verticale
- Orizzontale
- Strategico (Bossing)
- Organizzativo
- Doppio Mobbing

Il mobbing verticale riconosce un rapporto gerarchico discendente o ascendente fra mobber e vittima, è il più diffuso (88%), si manifesta con un abuso di potere “Potere dei piccoli capi” mediante svalutazione, screditamento, punizioni ingiustificate.

Il mobbing ascendente si manifesta trattenendo informazioni strategiche, facendo circolare false voci sulla vita privata, attuando un boicottaggio sul lavoro.

Il mobbing orizzontale avviene tra colleghi di pari grado, rappresenta il 12% dei casi, si manifesta con una schermaglia interpersonale, relazionale mediante isolamento e screditamento della sua vita privata e lavorativa; in genere è motivato da competizione per la carriera, invidia o semplice antipatia.

Il bossing è un mobbing verticale in cui il mobber è il datore di lavoro. I motivi si riconoscono in una strategia aziendale per eliminare soggetti in esubero o scomodi (elevata professionalità o disabilità) per ottenere le dimissioni volontarie o le basi per attuare il licenziamento per giusta causa.

Il mobbing organizzativo è attuato dall'azienda nel suo complesso, coinvolge più persone e riconosce come finalità non l'esclusione, ma un ridimensionamento professio-

nale o modalità lavorative (turni) altrimenti non applicabili o non accettati dagli interessati. In genere prevede l'imposizione di regole rigide ed oppressive.

La doppia azione mobbizzante si manifesta quando, dopo un sostegno iniziale da parte dei familiari, avviene una desistenza attuandosi un processo inconscio di indifferenza alle problematiche o un vero conflitto per il rischio di perdere il lavoro

Partendo da una “Condizione Zero” (pre fase), inizia un conflitto mirato distribuito in sei fasi, con abusi dell'organizzazione che scatenano i primi sintomi psicosomatici, quali insicurezza, insonnia, disturbi digestivi, disturbi sessuali, seguiti da ansia reattiva generalizzata, vere crisi di panico, depressione, insonnia o sonnolenza, bulimia-anorexia, alcolismo, tabagismo. Farmacodipendenza.

A questo conseguono cure mediche, periodi prolungati di assenteismo e la vittima diventa un ramo secco da tagliare, che può sfociare in dimissioni volontarie, una lunga vertenza sindacale e giudiziaria e perfino insoluzioni estreme (suicidio, omicidio, stalking relazionale).

Durante le varie fasi non sono infrequenti situazioni di comparsa di patologie d'organo, cardiovascolari, gastrointestinali, cutanee, ecc., ma certamente più attese sono le patologie psichiatriche: s. ansioso-depressiva, d. adattamento e post traumatico da stress.

Secondo il metodo ideato da Harold Ege sono necessari sette criteri fondamentali per parlare di Mobbing.

La vicenda conflittuale deve avvenire in un ambiente di lavoro, con una frequenza di più volte al mese o settimanale degli attacchi, una durata superiore ai 6 mesi; le azioni messe in atto devono essere al-

meno due fra 1) attacchi alla comunicazione, 2) attacchi alle relazioni sociali, 3) attacchi all'immagine sociale, 4) attacchi alla professione e vita privata, 5) attacchi alla salute; vi deve essere anche una asimmetria del potere, almeno psicologica con uno stato di dominanza/sottomissione, talvolta determinata da differenze fisiche, psicologiche o

una fragilità soggettiva, anche sociale. Le fasi devono essere progressive e dopo la pre-fase essere già avanzate almeno alla seconda fase, deve essere presente una chiara intenzionalità persecutoria. La diagnosi differenziale può riguardare la simulazione, il disturbo fittizio ed il disturbo paranoide di personalità.

Quando il mobbing diventa competenza INAIL: criteriologia medico-legale

Dott. Carlo Blasi, dirigente medico INAIL Trento.

Le tappe storiche dell'acquisizione del "mobbing" come nozione previdenziale INAIL.

2001: INAIL istituisce un Comitato Scientifico su Malattie Psiciche e Psicosomatiche da Stress e disagio lavorativo compreso il "Mobbing" (delibera C.d.a. n. 473/2001)

2003: INAIL circolare n. 71/17/12/2003: "disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro. Rischio tutelato e diagnosi di malattia professionale. Modalità di trattazione delle pratiche".

2004: D.M. Min.Lav e Pol. Soc. 27/04/2004 (aggiornamento elenco delle malattie con obbligo di segnalazione ex art. 139 T.U.), inserite in lista II (limitata probabilità) Malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro.

2005: T.A.R. Lazio n. 5454 del 4 luglio 2005 annullata circ. INAIL 71/2003 (su ricorso associazioni imprenditoriali)

2009: Consiglio di Stato n. 1576/17 marzo 2009, conferma annullamento circ. INAIL 71/2003, dichiarata illegittimità anche del DM 27/04/2004 (Patologie da disfunzioni dell'organizzazione comunque reinserte in lista II con i D.M. del 14/01/2008 e 11/12/2009)

- T.A.R. Lazio n. 5454 del 4 luglio 2005: stabilì che l'elenco ex art. 139 del Testo Unico n. 1124/1965 potesse legittimamente contenere anche liste di malattie di probabile o di possibile origine lavorativa, «da tenere sotto osservazione ai fini della revisione delle tabelle»; mentre giudicò illegittima la circolare INAIL 71/2003.

"Il TAR Lazio, con la sentenza 4 luglio 2005, n. 5454, aveva censurato l'intervento dell'Inail in quanto volto a trattare una malattia non tabellata, quale i disturbi da costrizione organizzativa, come se godesse di una presunzione relativa.

Lo stesso Istituto, inoltre, si sarebbe basato su di una lettura erronea e troppo ampia del sistema misto che, invece, secondo i giudici laziali, sarebbe basato sì «sull'indennizzo sia delle malattie c.d. tabellate, sia delle patologie non predefinite, ma solo nel senso che la malattia professionale è indennizzata, indipendentemente dalla sua inclusione nelle tabelle allegata al D.P.R. 1124/1965, se ne sia accertata la sua derivazione causale dall'esercizio d'una delle lavorazioni di cui al precedente art. 1»."

"Tale orientamento viene ribadito anche in sede di gravame dal Consiglio di Stato che, nella sentenza 17 marzo 2009, n. 1576, si sofferma, in particolare, sull'interpretazione del nuovo sistema misto di tutela, condividendo quanto già evidenziato dal TAR Lazio e limitando il diritto all'indennizzo alle sole lavorazioni tipizzate dal legislatore". [Giglio G., Diritto delle Relazioni Industriali, fasc.4, 2011]

- Consiglio di Stato n. 1576/17 marzo 2009: confermò il giudizio di illegittimità della circolare INAIL 71/2003 e dispose anche l'annullamento del D.M. 27/04/2004 (Stabilendo che le patologie legate al fenomeno di costrittività organizzativa, in quanto caratterizzate da tale eziologia legata non all'esecuzione delle lavorazioni protette ma al fattore ambientale organizzativo, non sono legittimamente inseribili, neppure in prospettiva allo stato della legislazione vigente.

La **Corte Costituzionale (sentenza n. 359 del 19.12.2003)** ha definito il **mobbing** come un complesso fenomeno consistente in una serie di **atti o comportamenti vessatori, protratti nel**

tempo, posti in essere **nei confronti di un lavoratore da parte dei componenti del gruppo di lavoro in cui è inserito o dal suo capo**, caratterizzati da un intento di **persecuzione** ed **emarginazione** finalizzato all'obiettivo primario **di escludere la vittima dal gruppo**. Ciò implica l'esistenza di uno o più soggetti attivi cui i suindicati comportamenti siano ascrivibili e di un soggetto passivo che di tali comportamenti sia destinatario e vittima.

Nella giurisprudenza di merito, è stato affermato che si può ritenere riconducibile al fenomeno in oggetto quel comportamento, **reiterato nel tempo**, da parte di una o più persone, colleghi o superiori della vittima, teso a **respingere dal contesto lavorativo il soggetto mobbizzato che a causa di tale comportamento in un certo arco di tempo subisce delle conseguenze negative anche di ordine fisico da tale situazione**. Si richiama il concetto che in **etologia** è conosciuto come il rifiuto del branco nei confronti di un animale della stessa specie che ne viene scacciato. (Tribunale di Forlì - sezione lavoro - 15 marzo 2001) [cfr. *Corte di Appello Firenze n. 503 03/07/2012*].

*La giurisprudenza di legittimità ha ritenuto che in considerazione della mancanza di una specifica disciplina del "mobbing" esso vada ricondotto (anche secondo la sent. della Corte cost. n. 359 del 2003) alla violazione dei doveri del datore di lavoro, tenuto, ai sensi dell'art. 2087 cod. civ., alla salvaguardia sul luogo di lavoro della dignità e dei diritti fondamentali del lavoratore (Cass. 23.3.2005 n. 6326) ... viene in sostanza confermata impostazione del Tribunale di Torino del 1999. [cfr. *Corte di Appello Firenze n. 503 03/07/2012; Cass. n. 6326/2005; Corte cost. n. 359/2003*].*

Per quanto concerne i **soggetti attivi** vengono in evidenza le **condotte - commissive** o, in ipotesi, **omissive** - che possono estrinsecarsi sia in atti giuridici veri e propri sia in semplici comportamenti materiali aventi in ogni caso, gli uni e gli altri, la duplice peculiarità di poter essere, **se esaminati singolarmente, anche leciti, legittimi o irrilevanti dal punto di vista giuridico**, e tuttavia di acquisire comunque **rilievo quali elementi della complessiva condotta caratterizzata nel suo insieme dall'effetto** e talvolta, secondo alcuni, dallo scopo di **persecuzione** e di **emarginazione** ...

La circostanza che la condotta di **mobbing provenga da un altro dipendente posto in posizione di supremazia gerarchica rispetto alla vittima non vale ad escludere la responsabilità del datore di lavoro** - su cui incombono gli obblighi ex **art. 2049 c.c.** - ove questi sia rimasto colpevolmente inerte nella rimozione del fatto lesivo. Nel cassare la sentenza una sentenza, la Cassazione, rilevava che il giudice di merito aveva valutato le condotte in termini incompleti e con approccio atomistico e non in una prospettiva unitaria, sottovalutando la persistenza del comportamento lesivo, durato per un periodo di sei mesi ...

Ai fini della configurabilità della condotta lesiva del datore di lavoro rilevano:

- 1) la molteplicità di comportamenti di carattere persecutorio, illeciti o anche leciti se considerati singolarmente, che siano stati posti in essere in modo **miratamente sistematico e prolungato** contro il dipendente con intento **vessatorio**;
- 2) l'evento lesivo della salute o della personalità del dipendente;
- 3) il nesso eziologico tra la condotta del datore o del superio-

re gerarchico e il pregiudizio all'integrità psico-fisica del lavoratore;

- 4) la prova dell'elemento soggettivo, cioè dell'intento persecutorio. [*Cass. Civ. n. 3785 17.2.2009; Corte di Appello Firenze n. 503 03.07.2012; Cass. Civ. n. 12725 23.05.2013*].

Non è sufficiente dimostrare la mera potenzialità lesiva della condotta datoriale, incomben-do al lavoratore che denunci il danno subito di fornire la prova in base alla regola generale di cui all'art. 2697 c.c. (cfr. Cass. sez. lavoro n. 9860 del 2012)...

In altri e piani termini il danno, anche da mobbing, deve essere dimostrato nella sua effettiva esistenza e cioè nell'an, ferma restando la possibilità di esercizio dei poteri equitativi del giudice solo in ordine alla determinazione della sua precisa entità e cioè del quantum. In nessun modo invece il giudizio equitativo può surrogare il mancato assolvimento dell'onere della prova. L'assicurazione è altresì obbligatoria per le malattie professionali le quali siano contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni speciali. La posizione assunta dall'Istituto sul tema delle patologie psichiche determinate dalle condizioni organizzativo/ambientali di lavoro trova il suo fondamento giuridico nella Sentenza della Corte Costituzionale n. 179/1988 e nel Decreto Legislativo n. 38/2000 (art. 10, comma 4), in base ai quali sono malattie professionali, non solo quelle elencate nelle apposite Tabelle di legge, ma anche tutte le altre di cui sia dimostrata la causa lavorativa.

Secondo un'interpretazione aderente all'evoluzione delle forme di organizzazione dei processi produttivi ed alla crescente attenzione ai profili di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, la nozione di causa lavorativa consente di ricom-

prendere non solo la nocività delle lavorazioni in cui si sviluppa il ciclo produttivo aziendale (siano esse tabellate o non) ma anche quella riconducibile all'organizzazione aziendale delle attività lavorative.

I disturbi psichici quindi possono essere considerati di origine professionale solo se sono **causati, o concausati in modo prevalente, da specifiche e particolari condizioni dell'attività e della organizzazione del lavoro.**

Si ritiene che tali condizioni ricorrano **esclusivamente in presenza di situazioni di incongruenza delle scelte in ambito organizzativo**, situazioni definibili con l'espressione **"costrittività organizzativa"** quali:

- Marginalizzazione dalla attività lavorativa
- Svuotamento delle mansioni
- Mancata assegnazione dei compiti lavorativi, con inattività forzata
- Mancata assegnazione degli strumenti di lavoro
- Ripetuti trasferimenti ingiustificati
- Prolungata attribuzione di compiti dequalificanti rispetto al profilo professionale posseduto
- Prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi anche in relazione a eventuali condizioni di handicap psico-fisici
- Impedimento sistematico e strutturale all'accesso a notizie
- Inadeguatezza strutturale e sistematica delle informazioni inerenti l'ordinaria attività di lavoro
- Esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale
- Esercizio esasperato ed eccessivo di forme di controllo.

Nel rischio tutelato può essere compreso anche il cosiddetto **"mobbing strategico"** **specificamente ricollegabile a finalità lavorative.** Si ribadisce tuttavia

che le azioni finalizzate ad allontanare o emarginare il lavoratore **rivestono rilevanza assicurativa solo se si concretizzano in una delle situazioni di "costrittività organizzativa"** di cui all'elenco sopra riportato o in altre ad esse assimilabili.

Le incongruenze organizzative, inoltre, devono avere caratteristiche strutturali, durature ed oggettive e, come tali, verificabili e documentabili tramite **RISCONTRI altrettanto OGGETTIVI e NON suscettibili di DISCREZIONALITÀ INTERPRETATIVA.**

Sono invece esclusi dal rischio tutelato:

I fattori organizzativo/gestionali legati al normale svolgimento del rapporto di lavoro (nuova assegnazione, trasferimento, licenziamento)

Le situazioni indotte dalle dinamiche psicologico-relazionali comuni sia agli ambienti di lavoro che a quelli di vita (conflittualità interpersonali, difficoltà relazionali o condotte comunque riconducibili a comportamenti puramente soggettivi che, in quanto tali, si prestano inevitabilmente a discrezionalità interpretativa).

Come per tutte le altre malattie non tabellate, l'assicurato ha l'obbligo di produrre la documentazione idonea a supportare la propria richiesta per quanto concerne sia il rischio sia la malattia.

L'Istituto, da parte sua, ha il potere-dovere di verificare l'esistenza dei presupposti dell'asserito diritto, anche mediante l'impegno partecipativo nella ricostruzione degli elementi probatori del nesso eziologico.

La raccolta di informazioni può avvenire mediante:

- **Indagini ispettive** per raccogliere le prove testimoniali dei colleghi di lavoro, del datore di lavoro, del responsabile dei servizi di prevenzione e protezione

delle aziende e di ogni persona informata sui fatti allo scopo di:

- acquisire riscontri oggettivi di quanto dichiarato dall'assicurato, integrare gli elementi probatori prodotti dall'assicurato (richiesta dalla funzione sanitaria)

- **Acquisizione atti giudiziari** o relativi **attività di vigilanza ispettiva** da parte della Direzione Provinciale del Lavoro o dalle U.O. PSAL

L'iter diagnostico prevede:

- Anamnesi approfondita, non limitata all'ambito professionale
- Indagini neuropsichiatriche
- Test psicodiagnostici
- Diagnosi medico-legale (facendo riferimento da un punto di vista nosologico a: sindrome da disadattamento cronico e sindrome post-traumatica/o da stress cronico. N.B. Diagnosi differenziale)
- Valutazione del danno biologico (con riferimento analogico alle voci 180 [fino a 6%] e 181 [fino a 15%] – relative al disturbo post traumatico da stress cronico moderato e severo).

La Denuncia-segnalazione

Ha valore conoscitivo-epidemiologico, con precise finalità preventive essendo destinata all'implementazione del "registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ed ad esso correlate", prevista dall'art.139 del dpr 1124/65,così come modificato dalle disposizioni contenute nel decreto di riforma dell'inail (d.lgs 38/2000,art.10).

L'elenco delle malattie da denunciare (d.m 11 dicembre 2009) è costituito da tre liste (lista 1, lista 2, lista 3)

- lista 1 contiene le malattie "la cui origine lavorativa risulta essere di elevata probabilità"
- lista 2 contiene le malattie "la cui origine lavorativa è di limitata probabilità"
- lista 3 contiene le malattie "la cui origine lavorativa è possibile"

Il referto

Ha lo scopo di segnalare un episodio su cui l'Autorità giudiziaria deve indagare per ricercare eventuali responsabilità penali.

L'art. 365 del codice penale sancisce che "chiunque avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio omette o ritarda di riferire all'autorità indicata nell'art.361 è punito con la multa fino a euro 516,00".

Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale (esempio: nel caso di ipoacusia del titolare artigiano).

In base all'art.590 del codice penale, tutti i fatti che abbiano determinato una malattia professionale con lesione grave o gravissima, possono presentare il carattere di un delitto perseguibile d'ufficio.

Relativamente all'obbligo del referto di cui all'art. 365 c.p. la "possibilità" che il delitto sia perseguibile d'ufficio è riferita alla "possibile condotta colposa" del datore di lavoro e non alla possibilità che la malattia sia professionale. [Corte di Cassazione, sentenza n. 4456/97].

Art.582 e 583 del codice penale:

La lesione personale viene considerata **grave**

– se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita del-

la persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai 40 giorni – se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo **gravissima** se dal fatto deriva:

- a) una malattia certamente o probabilmente insanabile
- b) la perdita di un senso
- c) la perdita di un arto o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella
- d) la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso.

Attenzione ai vostri dati

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri avverte che ci sono false richieste di informazioni che possono trarre in inganno i Medici.

"È giunto il momento di verificare i vostri dati basilari memorizzati nella nostra banca dati".

E via con la richiesta di nome, indirizzo, numeri di telefono, specializzazioni. Così comincia una lettera su carta intestata - logo: un caduceo, del tutto simile al simbolo dell'Ordine - che, in questi giorni, stanno ricevendo i medici italiani. "Attenzione: si tratta dell'ennesimo tentativo di inganno ai danni dei medici – mette in guardia Luigi Conte, Segretario della Fnomceo - *Queste lettere non sono infatti inviate dall'Ordine né da alcun organismo da noi riconosciuto, ma fanno riferimento a un sito internet (www.temdi.com) che tenta di estorcere un abbonamento, che costa più di mille euro al mese.*

"Pertanto rivolgiamo a tutti a tutti i medici l'invito a cestinare subito tale corrispondenza".

La lettera sta continuando a girare in rete e già alcuni medici, tratti in inganno dal caduceo, sono già caduti nella trappola, sottoscrivendo abbonamenti mensili alla banca dati.

La vicenda ricorda quella del "Registro dei Medici", più volte denunciata dalla Fnomceo, e conclusasi con una sanzione per "pubblicità ingannevole" comminata dall'Antitrust nei confronti della Società titolare.

La signora Sandra Maccabelli, da 40 anni impiegata presso la segreteria del nostro Ordine professionale, ha maturato la pensione. È stata festeggiata nel corso della "Giornata del Medico" dal consiglio dell'Ordine e dalle colleghe le quali hanno voluto rendere pubblico il loro grazie a Sandra Maccabelli, attraverso le pagine del Bollettino.

SANDRA NON ANDARE IN PENSIONE

*Cara Sandra,
invidiando un po'... il tuo meritato raggiunto traguardo,
desideriamo dirti semplicemente due cose:
grazie e ci mancherai
Grazie per l'esempio di collega straordinaria e leale,
ci mancherai perché abbiamo condiviso un lungo
percorso professionale ma prima di tutto un'amicizia
che rimarrà per sempre parte di noi.
Sai le colleghe sono un po' come i parenti...
non si scelgono
per molti, infatti, la spontaneità e la sincerità
non timbrano il cartellino
e rimangono fuori dall'ufficio lungamente,
in modo innaturale rivelando solo persone a metà.
Noi invece siamo state fortunate
siamo serene
il clima è mite
il forte è presidiato...
e tanto, davvero tanto, è dovuto a te.*

Grazie Sandra

le tue colleghe *Michela, Raffaella, Giorgia, Elisabetta*

Se ci ripensi...ti aspettiamo a braccia aperte, ma sarà difficile... immaginiamo!



Ospedali psichiatrici giudiziari: Le tappe legislative per il superamento

A cura del dott. Alfredo Vivaldelli

gruppo macroregionale per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari per la Provincia Autonoma di Trento

Il percorso legislativo per il superamento degli Ospedali psichiatrici Giudiziari è iniziato nel 2006 per l'interessamento di Marco D'Alema che all'epoca ha investito, su indicazione del Ministero della Salute, il Gruppo interregionale per la salute mentale, organismo tecnico della commissione salute. Le prime proposte orientate al superamento degli OPG si è concretizzata nei seguenti atti legislativi ripresi successivamente dai provvedimenti della Provincia Autonoma di Trento.

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 1° APRILE 2008, recante "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"; e in particolare l'allegato "C" che detta le "Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia" Il DPCM ha promosso le seguenti fasi:

⇒ In una prima fase la responsabilità della gestione sanitaria degli OPG è assunta interamente dalle Regioni in cui gli stessi hanno sede. Contestualmente i Dipartimenti di salute mentale nel cui territorio di competenza insistono gli OPG, in collaborazione con l'équipe responsabile della cura e del trattamento dei ricoverati dell'Istituto, provvedono alla stesura di un programma operativo che prevede:

- dimettere gli internati che hanno concluso la misura della sicurezza, con soluzioni concordate con le regioni interessate, che devono prevedere forme di inclusione sociale adeguata, coinvolgendo gli Enti locali di provenienza, le Aziende sanitarie interessate e i servizi sociali e sanitari delle realtà di origine o di destinazione dei ricoverati da dimettere.

- riportare nelle carceri di provenienza i ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena.

⇒ In una seconda fase si prevede una distribuzione degli attuali internati in modo che ogni OPG, senza modificarne in modo sostanziale la capienza e la consistenza, si configuri come la sede per ricoveri di internati delle Regioni limitrofe o comunque viciniori, in modo da stabilire immediatamente rapporti di collaborazione preliminari per ulteriori fasi di avvicinamento degli internati alle realtà geografiche di provenienza. Nello specifico nell'OPG di Reggio Emilia sono accolti gli internati delle Regioni Veneto, Trentino-Alto Adige e Friuli V. Giulia e Marche, oltre che dall'Emilia Romagna Tra la Regione titolare della competenza gestionale dell'OPG e le regioni limitrofe e/o viciniori devono essere predisposti programmi di cura, di riabilitazione e di recupero sociale di ciascuno degli internati prevedendo rapporti tra i diversi servizi sociali e sanitari utili e necessari per realizzare il programma di ulteriore decentramento nelle Regioni di provenienza.

⇒ La terza fase, a distanza di due anni, il DPCM prevedeva la restituzione ad ogni Regione italiana della quota di internati in OPG di provenienza dai propri territori e dell'assunzione della responsabilità per la presa in carico, attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura, anche in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza

CONFERENZA UNIFICATA DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI DEL 13/10/2011

Implementazioni per la tutela della salute mentale negli Istituti Penitenziari Ordinari

⇒ Ogni Regione e Provincia autonoma, attraverso i propri DDSSMM, programma, congiuntamente all'Amministrazione Penitenziaria, ed attiva entro il 2011, in almeno uno degli Istituti Penitenziari del proprio territorio, o, preferibilmente, in quello di ognuna delle Aziende Sanitarie, in una specifica sezione, ai fini dell'implementazione della tutela intramuraria della salute mentale delle persone ristrette negli Istituti del territorio di competenza (regionale o aziendale), un'adeguata articolazione del servizio sanitario;

⇒ suddetta articolazione, con riferimento al territorio di competenza ed alle pertinenti azioni ed obiettivi di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1 aprile 2008, dovrà operativamente concorrere al superamento dell'OPG rispondendo ai bisogni di salute mentale delle persone con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura



Dott. Alfredo Vivaldelli

detentiva o condannate a pena diminuita per vizio parziale di mente accogliendo e prendendo in carico – sì da determinarne il ritorno in Istituti ordinari - gli utenti di competenza internati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti in corso di detenzione.

⇒ Attivazione del Coordinamento dei bacini macroregionali per il superamento degli OPG di afferenza degli OPG

⇒ Ogni Regione e Provincia autonoma, per ciascuno dei bacini macroregionali di afferenza degli OPG forme di collaborazione e di coordinamento per il miglioramento e la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi mirati alla realizzazione del programma di superamento degli OPG.

Predetti accordi dovranno contenere almeno i seguenti specifici impegni:

⇒ uniformare le azioni di propria competenza alla completa attuazione del percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e promuovere in ogni fase del percorso la gestione uniforme ed omogenea dell'assistenza sanitaria a favore di tutte le persone detenute ed internate, attraverso adeguate ed efficaci modalità di coordinamento fra le amministrazioni coinvolte che garantiscano la

concertazione e la verifica dei programmi di intervento e che realizzino un collegamento funzionale e bidirezionale tra ogni singolo Dipartimento di Salute Mentale e gli organismi paritetici interistituzionali di coordinamento ed indirizzo attivi a livello regionale, di bacino e nazionale;

⇒ assumere, per la singola persona destinataria di una misura di sicurezza che preveda o disponga l'internamento in OPG o misure allo stesso alternative, anche in contesti sociali e sanitari ordinari, il principio della iniziale costante competenza del DSM presso il quale la persona aveva la residenza o l'abituale dimora al momento dell'applicazione della misura di sicurezza, istituire, in attuazione dell'Allegato C al DPCM 1 aprile 2008 e del pertinente Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 26.11.2009 (Rep. Atti n. 84/CU, pubblicato nella G.U. n. 2, serie generale, del 4 gennaio 2010), il Gruppo di Coordinamento del Bacino Macroregionale per il Superamento degli OPG, composto da un rappresentante delle Regioni afferenti al Bacino e, con funzioni di coordinamento, dal componente della Regione sede di OPG designato nel Comitato Paritetico Interistituzionale ex art. 5, comma 2 del DPCM 01.04.2008;

⇒ istituire inoltre i collegati Sottogruppi Tecnici Regionali per il Superamento degli OPG, uno per ogni Regione del bacino, composti ciascuno da un rappresentante di ognuno dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali e, con funzioni di coordinamento, dal rappresentante della Regione componente del Gruppo del Bacino Macroregionale;

⇒ formalizzare entro 30 giorni dalla sottoscrizione le designazioni dei componenti dei Sottogruppi Tecnici Regionali per il Superamento degli OPG,

⇒ prevedere che tutti gli accordi, le implementazioni e le iniziative locali mirate all'attuazione di quanto previsto per il percorso di superamento degli OPG, così come la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia sanitaria dei correlati interventi sanitari, sia sotto il profilo della qualità organizzativa che della qualità del processo, sono sottoposti all'indirizzo, al monitoraggio ed alla valutazione del Gruppo di Coordinamento del Bacino Macroregionale per il Superamento degli OPG, per il tramite, alle altre competenti articolazioni individuate dalle singole Regioni, in funzione delle diverse eventuali obbligazioni statutarie ed organizzative;

⇒ attribuire al Gruppo di Coordinamento del Bacino Macroregionale per il Superamento degli OPG, con riferimento alle competenze ed agli impegni assunti dalle Regioni di Bacino, specifici compiti, tra cui: l'identificazione e la sottoscrizione degli strumenti di collaborazione e condivisione interistituzionali che si renderanno necessari per quanto andrà implementato durante ed in esito al predetto programma; il monitoraggio e la valutazione degli interventi attuativi di tutte le norme, gli accordi e le iniziative mirati all'attuazione di quanto previsto dalle Linee di Indirizzo di cui all'Allegato C al DPCM 1 aprile 2008, ed ai pertinenti Accordi sanciti dalla Conferenza unificata, compresa la gestione dei relativi flussi informativi;

LA LEGGE 17 FEBBRAIO 2012, N. 9 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri” ed in particolare l'art. 3-ter “disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”; che prevede

⇒ la definitiva chiusura degli OPG italiani entro il 31 marzo 2013
⇒ definizione entro il 31 marzo 2012 dei requisiti minimi per le strutture che ogni regione e Provincia autonoma deve organizzare per accogliere pazienti attualmente in OPG e/o inviati dalla magistratura

DELIBERA DELLA GIUNTA PROVINCIALE DI TRENTO

N. 2923 DEL 23 DICEMBRE 2011

⇒ la PAT recepisce l'accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo n° 281 del 28 agosto 1997, sul documento recante "integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e nelle CCC di cui all'allegato C del DPCM 1 aprile 2008

⇒ la PAT attiva entro il 30 giugno 2012 le funzioni di cui all'allegato A dell'accordo "Implementazione per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari" la PAT da piena attuazione del DPCM 1 aprile 2008

⇒ la PAT individua il referente del gruppo di coordinamento bacino macroregionale che è anche coordinatore del sottogruppo tecnico per il superamento dell'OPG

DELIBERA GIUNTA PROVINCIALE DI TRENTO N° 1335 DEL 22 GIUGNO 2012

⇒ La PAT recepisce l'Accordo di programma condiviso dal Gruppo di Coordinamento del bacino macroregionale definito "Accordo di programma tra le Regioni Emilia-Romagna, Veneto, Marche, Friuli-Venezia Giulia, Province Autonome di Trento e Bolzano in attuazione dell'Accordo approvato in sede di Conferenza Unificata in data 13.10.2011 "Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e le CCC di cui all'allegato C al DPCM 01.04.2008"

⇒ La PAT recepisce lo schema di protocollo operativo definito "Rac-

cordo tra Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia e il Dipartimento di Salute Mentale dell'APSS per la per la presa in cura congiunta dei dimessi dall'OPG predisposto per favorire il coordinamento operativo delle strutture competenti alla dimissione dei ricoverati nell'OPG e alla loro presa in cura congiunta".

REQUISITI MINIMI PER LE RESIDENZE PER L'ESECUZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA

Il D.M. 1° ottobre 2012 i requisiti minimi, ad integrazione del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 con gli ulteriori requisiti strutturali tecnologici e organizzativi minimi, anche con riguardo ai profili di sicurezza relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in OPG. In sintesi:

⇒ La gestione interna di tali strutture è di esclusiva competenza sanitaria.

⇒ La struttura non può avere più di 20 posti letto

⇒ Gli spazi strutturali interni ed esterni sono quelli previsti da precedenti decreti

⇒ Le strutture residenziali sanitarie per l'esecuzione della misura di sicurezza devono essere realizzate e gestite dalle Aziende sanitarie, tramite i Dipartimenti di salute mentale

⇒ Considerando che i soggetti possono presentare caratteristiche psicopatologiche del tutto diversificate, come pure diversificati possono essere i profili di sicurezza, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano realizzano strutture residenziali a diverso livello di protezione prevedendo che alcune, ferma restando l'organizzazione sanitaria, presentino caratteristiche strutturali e organizzative, idonee a gestire situazioni di maggior limitazione delle libertà

personali per comportamenti che possono mettere in pericolo il soggetto stesso, gli altri pazienti e gli operatori. A tal fine sarà stipulato apposito Accordo tra il Ministero della giustizia, il Ministero della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

⇒ Ulteriori adeguamenti alle previsioni di cui alla legge 26 luglio 1975, n. 354 e al D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230, anche con riferimento agli aspetti della esecuzione della misura di sicurezza e le forme dei rapporti con la magistratura saranno regolati con appositi Accordi tra il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, il Ministero della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

⇒ Fermo restando quanto sarà disciplinato dagli appositi Accordi in materia, si rinvia alla potestà delle Regioni e delle Province Autonome, ai sensi del Titolo V della Costituzione, l'organizzazione delle strutture residenziali, tenendo conto dell'opportunità che alcuni servizi e laboratori riabilitativi possano essere utilizzati da più strutture residenziali, al fine di realizzare opportune economie di scala.

⇒ Per quanto concerne l'eventuale attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, le Regioni e le Province Autonome possono attivare specifici accordi con le Prefetture. Nei casi in cui non viene prevista la vigilanza esterna, è facoltà del responsabile della struttura attivare la procedura di intervento delle Forze dell'Ordine nelle situazioni di emergenza attinenti alla sicurezza.

⇒ Personale: ci si riferisce al tipo e al numero di operatori sanitari impegnati nella struttura, e all'organizzazione del lavoro sulla base di criteri di efficienza ed efficacia

Fotocronaca della Giornata del Medico 2013

Il presidente dott. Giuseppe Zumiani,
la vicepresidente dott.sa Monica Costantini,
il presidente CAO, dott. Fausto Fiorile





Il dott. Enrico Nava
Il dott. Gios Bernardi
Il dott. Francesco Squarcina, Commissario del Governo,
la lettura del giuramento di Ippocrate



L'avv. Donata Borgonovo Re, assessore provinciale alla Salute
L'abbraccio del presidente Zumiani con il dott. Bernardi e il dott. Squarcina





Maria Solange Zambon,
vedova del dott. Frate

I medici-musicisti del gruppo
"Oldies but goldies"



prosegue da pag. 22

per una buona pratica clinica, tenendo anche presenti le restrizioni della libertà degli ospiti, in quanto sottoposti a provvedimento giudiziario. Il personale è organizzato come équipe di lavoro multiprofessionale, comprendente medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica/educatori, OSS.

Per l'assistenza e la gestione di 20 pazienti, è necessaria la presenza di:

- 2 infermieri per turno sulle 24 ore
- 2 OSS per turno sulle 24 ore
- 1 medico psichiatra, dirigente responsabile della struttura, a tempo pieno, garantendo anche la pronta reperibilità.
- 1 psicologo a tempo pieno
- 2 educatori o terapisti della riabilitazione psichiatrica, a tempo pieno.

È necessario prevedere la presenza, anche part-time, di personale amministrativo e di 1 assistente sociale.

⇒ La necessità di concordare modalità di attivazione delle Forze dell'Ordine, nelle situazioni di emergenza attinenti alla sicurezza

DELIBERA 1975 DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO SALUTE MENTALE E CONDIZIONE DETENTIVA: IL SUPERAMENTO DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO

In provincia di Trento, in applicazione del citato D.P.C.M. del 2008, si è avviato, attraverso il Dipartimento di salute mentale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, un percorso finalizzato alla dimissione dei pazienti internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari tramite l'inserimento nelle proprie strutture psichiatriche. Al fine di garantire l'approprietez-

za dell'assistenza farmacologica e l'intervento riabilitativo-risocializzante, si è proceduto all'individuazione della struttura più idonea al reinserimento di ciascun paziente. In questi anni è apparso fondamentale:

- la creazione di un sistema strutturale provinciale in grado di monitorare la presenza di internati residenti nella regione;
- garantire una rete permanente di contatti tra le unità operative di riferimento territoriale degli internati e l'équipe sanitaria dell'ASL che opera all'interno degli O.P.G.;
- evitare il protrarsi della misura di sicurezza;
- creare le condizioni per una dimissione e presa in carico da parte dei servizi anche con misure non detentive;
- intervenire fin dalla fase di primo invio in carcere nel caso di utenti psichiatrici autori di reato, al fine di evitare, ove possibile, il ricorso all'O.P.G.

La Provincia autonoma di Trento ha formalizzato il percorso segnato dal D.P.C.M. 2008 con le deliberazioni della Giunta provinciale n. 2923 del 2011 e n. 1335 del 2012. Non da ultimo con la deliberazione n. 106 del 25 gennaio 2013 è stato disposto che, in relazione all'attuazione delle citate disposizioni normative, questa avvenga attraverso una riorganizzazione dei servizi di diretta gestione aziendale. L'Azienda provinciale per i servizi sanitari nel dare attuazione a quanto sopra, terrà conto dei requisiti strutturali tecnologici e organizzativi previsti dal D.M. 1° ottobre 2012.

AREE CRITICHE rilevate dal Gruppo Interregionale per la salute mentale e dalla ANAAO

⇒ Il decreto fa riferimento allo svolgimento delle funzioni di cui alla legge n°354/1975 e 230/2000 anche in riferimento agli aspetti della esecuzione della misura di

sicurezza e alle forme di rapporto con la magistratura. Il testo opportunamente sottintende tutto ciò che riguarda la gestione della sicurezza interna ed esterna alla struttura. Questa impostazione può far pensare che le strutture sostitutive degli OPG siano sanitarie alternative soprattutto nei requisiti di sicurezza trascurando che nelle stesse dovranno garantirsi comunque tutte le condizioni di sicurezza attualmente presenti negli OPG. Si tratta di gestire soggetti autori di reati spesso gravi contro la persona e a volte non complianti rispetto agli interventi terapeutici. Tutto ciò che è relativo alla sicurezza viene demandato a futuri accordi o più probabilmente alla responsabilità dei direttori delle Unità Operative che a quel punto saranno gli unici responsabili della gestione della struttura. Qual è quindi la posizione di garanzia dell'operatore in caso di incidente o atto aggressivo?

⇒ La sicurezza deve essere effettuata con modalità di custodia (vedi strutture tecnologiche previste) tipiche del sistema carcerario e non delle strutture sanitarie che per definizione devono essere aperte. Qualora e dove siano necessarie misure di sicurezza è previsto che vadano contrattate con le prefetture. Ma chi garantirà un adeguato sistema di protezione e vigilanza sia interna che esterna: Forze dell'ordine, GAP, vigilantes privati?

⇒ Non si prevedono dispositivi utili a ovviare a prevedibili problemi di adesione alla terapia o ad altri interventi terapeutici ritenuti indispensabili, alla coercizione necessaria per evitare azioni auto ed etero aggressive

⇒ Chi avrà il compito legale e fisico di impedire che un internato si allontani?

⇒ Chi determina giuridicamente i confini dell'affidamento in cura

senza che questo comporti compiti di custodia che sarebbero a questo punto impropriamente scaricati sul personale sanitario

⇒ La chiusura degli OPG comporta un profondo cambiamento della cultura e della società. È quindi necessario organizzare iniziative volte ad attivare percorsi formativi e di orientamento culturale non solo per gli operatori che lavoreranno all'interno delle strutture ma anche per gli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale in generale e per la popolazione;

⇒ La popolazione accolta negli attuali OPG nazionali è estremamente diversificata, oltre a pazienti con chiare patologie psichiatriche, sono accolte persone che hanno commesso reati in stato di ebbrezza alcolica o sotto l'effetto di sostanze, persone con importanti deficit intellettivi per patologie neurologiche congenite e/o acquisite ecc. Ovviamente la risposta terapeutica e riabilitativa non può essere uguale per tutte queste forme di patologie. In una struttura piccola di non più di 20 posti letto come è possibile attivare progetti di cura così diversificati e personalizzati? Altre discipline e non solo la psichiatria dovrebbero gestire il ricovero di queste persone in strutture idonee a rispondere ai diversi problemi

⇒ In queste strutture sanitarie residenziali non sono ammesse terapie coatte. Tenendo conto che si potranno ospitare pazienti in fase acuta è necessario prevedere la possibilità di ricoveri in SPDC e pertanto la localizzazione delle nuove strutture deve essere nelle vicinanze di un SPDC. Ciò significa che è necessario programmare la riorganizzazione anche del SPDC. Perplexità è stata espressa sull'attivazione di eventuale T.S.O. nelle strutture in quanto il provvedimento di inserimento non è sanitario ma è disposto dalla Magistratura e quindi in definitiva il

magistrato è il titolare di tutte le azioni anche quelle sanitarie

⇒ La difficoltà ad attivare percorsi riabilitativi all'interno della struttura e all'esterno o azioni di inclusione sociale per ridurre al minimo la permanenza perché la titolarità del caso in definitiva rimane al Magistrato;

⇒ difficoltà a quantificare il fabbisogno di posti; infatti non è sufficiente fare una valutazione sui numeri di coloro che sono stati inviati in precedenza in O.P.G. ma occorre tenere conto anche della crescita della domanda all'interno

del carcere per eventuali incompatibilità con la detenzione ordinaria, per disturbi mentali che possono insorgere con la detenzione, ecc.;

la difficoltà da parte delle UU.OO. di elaborare criteri comuni e condivisi di dimissibilità che coinvolgono la Magistratura, i servizi sociali, il volontariato, gli enti locali, il terzo settore;

⇒ pesante incidenza sull'attività dei Dipartimenti di Salute Mentale per gli investimenti prevedibili e che attualmente non trovano finanziamento.

Il prof. Casonato nel Consiglio Nazionale di Bioetica



Il prof. Carlo Casonato, docente di Diritto costituzionale, Biodiritto e Bioetica dell'Università di Trento, è stato nominato componente del Comitato Nazionale per la Bioetica della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Oltre al Presidente, sono stati nominati 26 membri che resteranno in carica per i prossimi 4 anni, fino al settembre del 2017.

Il Comitato, istituito nel 1990, ha sia funzioni di consulenza presso il Governo, il Parlamento e le altre istituzioni, sia funzioni di informazione nei confronti dell'opinione pubblica sui problemi etici emergenti, inoltre svolge la

propria attività anche all'estero, con regolari incontri con i Comitati etici europei e con i Comitati etici del mondo.

Alla presidenza del Comitato è stato confermato il Prof. Francesco Paolo Casavola, Presidente Emerito della Corte Costituzionale, che sarà coadiuvato dal Vicepresidente Vicario Prof. Lorenzo D'Avack, Ordinario di filosofia del diritto (Università di Roma Tre) e dai Vicepresidenti Dott. Riccardo Di Segni, Rabbino Capo della Comunità ebraica di Roma, e Prof.ssa Laura Palazzani, Ordinario di filosofia del diritto, (Università Lumsa di Roma).

Il Comitato è composto di altri 23 professori universitari.

Fanno altresì parte del Comitato, in quanto membri con carattere consultivo e senza diritto di voto, anche il Presidente del Consiglio Nazionale delle Ricerche, il Presidente del Consiglio Superiore di Sanità, il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e dei Veterinari e il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità.

Previdenza

Cumulo contributivo: ricongiunzione o totalizzazione

Fabrizio Zappaterra
circolare INPS n. 120 del 06/08/2013

Nel supplemento ordinario n. 212/L della Gazzetta Ufficiale n. 302 del 29 dicembre 2012 è stata pubblicata la Legge 24 dicembre 2012, n. 228: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013).

L'articolo 1, commi da 238 a 248 della legge 24 dicembre 2012, n. 228 (allegato 1), interviene in materia di:

- a) **costituzione**, a domanda, **di posizione assicurativa** nel Fondo pensioni lavoratori dipendenti dell'assicurazione generale obbligatoria **esclusivamente** per gli iscritti alla CPDEL, CPS, CPI e CPUG per i quali sia venuta a cessare, entro il 30 luglio 2010, l'iscrizione alle predette casse senza il diritto a pensione;
- b) facoltà di recesso dalla ricongiunzione di cui agli artt. 1 e 2, legge 29/1979;
- c) rinuncia alla domanda di pensione in regime di totalizzazione;
- d) **cumulo dei periodi assicurativi** non coincidenti che consente ai soggetti, iscritti presso due o più forme di assicurazione obbligatoria per invalidità, vecchiaia e superstiti dei lavoratori dipendenti, autonomi, e degli iscritti alla gestione separata di cui all'articolo 2, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335, e alle forme sostitutive ed esclusive della medesima, di conseguire un'unica pensione.

L'abrogazione della legge 2 aprile 1958, n. 322 (articolo 12-undecies della legge 30 luglio 2010, n. 122), che consentiva agli iscritti alle casse gestite dall'ex Inpdap, cessati senza diritto a pensione, di costituire la posizione assicurativa presso il FPLD dell'assicurazione generale obbligatoria, aveva lasciato questo diritto agli iscritti alla Cassa dei dipendenti dello Stato (CTPS), ma escluso i soggetti già iscritti alla cassa pensione per i dipendenti degli enti locali (CPDEL), alla cassa per le pensioni ai sanitari (CPS), alla Cassa per le pensioni agli insegnanti d'asilo e di scuole elementari parificate (CPI) e alla cassa per le pensioni agli ufficiali giudiziari e agli aiutanti ufficiali giudiziari (CPUG).

Con l'articolo 1, comma 238, della legge n. 228/2012 il legislatore ha **reintrodotto** esclusivamente per gli iscritti alla CPDEL, CPS, CPI e CPUG per i quali sia venuta a cessare, entro il 30 luglio 2010, l'iscrizione alle predette casse senza il diritto a pensione, **la possibilità di presentare istanza di costituzione della posizione assicurativa nel FPLD dell'assicurazione generale obbligatoria**.

Il comma 247 dell'articolo 1, legge n. 228/2012, disciplina una particolare facoltà di recesso dalle istanze di ricongiunzione presentate ai sensi degli artt. 1 e 2 della legge n. 29/1979.

La disposizione riguarda coloro che, entro il 30 luglio 2010, siano

cessati dal servizio che aveva dato luogo all'iscrizione alla CPDEL, CPS, CPI, e CPUG senza diritto a pensione e che, non potendo accedere alla costituzione di posizione assicurativa nel FPLD dell'assicurazione generale obbligatoria, abbiano, dunque, esercitato la facoltà di ricongiunzione di cui agli articoli 1 e 2 della legge n. 29/1979. In forza di quanto previsto dal comma 247, **i soggetti sopraindicati, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, potranno recedere dall'operazione di ricongiunzione, con restituzione dell'onere, a condizione che contestualmente chiedano la costituzione della posizione assicurativa di cui all'art. 1, comma 238, della legge n. 228/2012.**

Tale facoltà va **limitata ai casi in cui le istanze di cui agli articoli 1 e 2 della legge n. 29/1979 siano state presentate tra il 1° luglio 2010 e l'entrata in vigore della legge n. 228 del 2012** (1° gennaio 2013).

L'art. 1, comma 239, ha introdotto a decorrere dal 1° gennaio 2013 il nuovo istituto di **cumulo** che consente agli iscritti consecutivamente presso due o più forme di assicurazione obbligatoria, di **cumulare i periodi non coincidenti** ai fini del conseguimento di un'unica pensione; tale facoltà può essere esercitata qualora i richiedenti non siano già titolari di trattamento pensionistico in una delle predette gestioni e non abbiano maturato i requisiti per il diritto al predetto trattamento pensionistico, ferme restando le vigenti disposizioni in materia di totalizzazione dei periodi assicurativi di cui al decreto legislativo 2 febbraio 2006, n. 42 e di ricongiunzione dei periodi assicurativi di cui alla legge 7 febbraio 1979, n. 29.

Il cumulo deve riguardare tutti e per intero i periodi assicurativi accreditati. Poiché sono escluse le Casse libero professionali non è permesso cumulare i periodi accreditati presso l'Enpam.

Il nuovo istituto del cumulo dei periodi assicurativi è conseguibile a domanda del lavoratore o del suo avente causa, da presentarsi all'ente gestore della forma assicurativa a cui da ultimo il medesimo è, ovvero è stato, iscritto. Tale Ente promuove il procedimento.

I lavoratori titolari di più periodi assicurativi che consentono l'accesso al trattamento pensionistico previsto al comma 239 dell'articolo 1 della legge n. 228 del 2012, nonché i soggetti di cui al comma 238 del medesimo articolo che abbiano presentato domanda di pensione in totalizzazione ai sensi del decreto legislativo 2 febbraio 2006, n. 42, anteriormente all'entrata in vigore della legge n. 228 del 2012 (1° gennaio 2013) e il cui procedimento amministrativo non si sia

ancora concluso, possono, previa rinuncia alla domanda in totalizzazione, accedere al trattamento pensionistico previsto al comma 239.

Mentre la ricongiunzione è sempre onerosa e la totalizzazione prevede sempre l'applicazione del metodo contributivo degli anni totalizzati, il CUMULO CONTRIBUTIVO è gratuito e prevede il calcolo della pensione con il metodo in vigore nel periodo cumulato (retributivo o contributivo).

Formazione specialistica dei medici: nuove misure

COMUNICAZIONE N. 95

Si ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 264 del 11 novembre 2013 è stata pubblicata la legge 8 novembre 2013, n. 128 concernente "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 12 settembre 2013, n. 104, recante misure urgenti in materia di istruzione, università e ricerca".

Si rileva in particolare che l'art. 21 del provvedimento è inerente alla formazione specialistica dei medici, con riferimento specifico alle procedure di ammissione e a quelle di definizione del trattamento economico, nonché alla durata dei corsi, alla determinazione del numero degli specialisti da formare annualmente (per ciascuna tipologia di specializzazione) e allo svolgimento dei periodi di formazione all'interno delle aziende del Servizio sanitario nazionale.

Il comma 1 prevede un'unica commissione preposta alle prove di

ammissione alle scuole di specializzazione, in luogo delle commissioni giudicatrici locali, e la formazione di una graduatoria nazionale all'esito delle prove, anziché singole graduatorie locali. Si sottolinea che viene fatta salva la norma di cui all'art. 757, comma 2, del D. Lgs. 66/10 (codice dell'ordinamento militare) in base alla quale la ripartizione tra le singole scuole di specializzazione dei posti riservati per le esigenze di formazione specialistica della sanità militare è effettuata sentito il Ministero della difesa.

Il comma 2 modifica la procedura di determinazione dell'importo dei contratti degli specializzandi medici, disponendo che, a decorrere dall'anno accademico 2013-2014, la determinazione del trattamento economico annuo onnicomprensivo da corrispondere al medico in formazione specialistica sia effettuata con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottarsi ogni tre anni e non più annualmente.

Il comma *2-bis, lett. a)*, capoverso 3-bis, prevede una riduzione della durata dei corsi in questione rispetto a quella attualmente prevista. La riduzione, con l'osservanza dei limiti minimi stabiliti dalla normativa europea in materia e la riorganizzazione delle classi e delle tipologie di corsi, è demandata ad un decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, da emanarsi, di concerto con il Ministro della salute, entro il 31 marzo 2014. Si prevede, inoltre, che gli eventuali risparmi derivanti dalla riduzione in esame siano destinati all'incremento dei contratti di formazione specialistica medica. Il capoverso *3-ter* della stessa lettera a) concerne i profili transitori per l'applicazione della nuova durata, rinviando in parte ad un altro decreto emanato dal Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca.

La lettera *b) dell'art. 21, comma 2-bis*, modifica invece i criteri di determinazione del numero globale dei medici specialisti da formare annualmente, per ciascuna tipologia di specializzazione, stabilendo che si tenga conto, oltre che, come stabilisce la normativa attuale, delle esigenze di programmazione delle regioni e delle pro-

Professione

di Fabrizio Zappaterra

vince autonome, relative alle attività del Servizio sanitario nazionale, anche dell'obiettivo di migliorare progressivamente la corrispondenza tra il numero degli studenti ammessi a frequentare i corsi di laurea in medicina e chirurgia e quello dei medici ammessi alla formazione specialistica, del quadro epidemiologico e dei flussi previsti per i pensionamenti.

Il comma 2-ter dell'art. 21 concerne lo svolgimento dei periodi di formazione dei medici specializzandi all'interno delle aziende del Servizio sanitario nazionale. Si dispone che tali periodi si svolgano dove ha sede la scuola di specializzazione e all'interno delle aziende del Servizio sanitario nazionale rientranti nella rete formativa, in conformità agli ordinamenti e ai regolamenti didattici, determinati secondo la normativa vigente in materia e agli accordi fra le università e le aziende sanitarie, senza tuttavia dare luogo a indennità compensi o emolumenti, comunque denominati, diversi, anche sotto il profilo previdenziale, dal trattamento economico già stabilito per i medici specializzandi. Si prevede che i medici in formazione specialistica assumano una graduale responsabilità assistenziale, secondo gli obiettivi definiti dall'ordinamento didattico del relativo corso di specializzazione e le modalità individuate dal tutore, d'intesa con la direzione delle scuole di specializzazione e con i dirigenti responsabili delle unità operative presso cui si effettua la formazione. Si dispone infine che lo svolgimento di tali periodi di formazione non determina l'instaurazione di un rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale e non dà diritto all'accesso ai ruoli del medesimo Servizio sanitario nazionale.

*Il presidente FNOMCeO
Amedeo Bianco*

Cassazione sentenza 26966/2013: è corresponsabile di omicidio colposo il medico che non verbalizza il dissenso da decisioni errate

“Un paziente in precedenza sottoposto, presso l'ospedale S. Cimino di Termini Imerese ad intervento chirurgico di emicolectomia con anastomosi addominale, a causa di uno stato di peritonite generalizzata con perforazione del colon sinistro, veniva nuovamente ricoverato, sempre presso il medesimo nosocomio, ove gli veniva praticato esame radiografico a clisma opaco, e, l'1/6/2007, nuovo intervento di ricanalizzazione. Dimesso il 5/6/2007, il 10/6/2007 veniva trasportato d'urgenza presso l'ospedale Ingrassia di Palermo, ove gli veniva diagnosticato shock ipovolemico con occlusione intestinale e addome acuto. Nonostante le approntate cure (ivi incluso nuovo intervento chirurgico, che aveva accertato la presenza di «anse ileali abnormemente dilatate... alcune in preda ad insufficienze vascolari ... un'ansa in prossimità di quella chiusa per ileostomia, ... aderente e stenotica»), il quadro clinico non migliorava e alle prime ore del giorno 11/6/2007 il paziente cessava di vivere.

Sulla base delle risultanze peritali la Corte territoriale ha attribuito la causa della morte «ad arresto cardiocircolatorio conseguito a grave shock ipovolemico con grave acidosi metabolica e insufficienza poliorgano secondario ad addome acuto da occlusione intestinale». La persistente difficoltà di canalizzazione, protrattasi ben oltre le ordinarie 48 ore, avrebbe dovuto indurre i sanitari, e, nella specie l'imputato,

ad ipotizzare che oltre al cd. ileo paralitico (ordinaria conseguenza dell'effetto dell'anestetico), si fosse determinata la complicanza, non infrequente in simili interventi chirurgici, dell'ileo meccanico (cioè una piegatura intestinale non fisiologica). Ciononostante il paziente il 5/6/2007 veniva dimesso, pur avendo fatto luogo solo a fuoriuscite gassose e modestissima emissione di feci, a seguito di somministrazione di una supposta di glicerina.

I giudici del merito addebitano all'imputato di aver concorso alle dette dimissioni, a prescindere dalla circostanza che il paziente non fosse stato da lui operato e dalla non continua presenza in reparto durante i giorni della degenza, avendo omesso di tener conto del quadro clinico, anche mediante esame della cartella, essendo così, in definitiva, venuto meno all'obbligo di segnalare le ragioni che facevano apparire premature le dimissioni del paziente.

... il dott. ... il quale prese parte alla visita collegiale che determinò la dimissione del paziente, davanti ad una determinazione presa dal Direttore del reparto, che egli non trovava condivisibile, era tenuto ad esprimere formalmente il proprio dissenso, manifestandone le ragioni (sul punto, Cass., sez. 4, 17/11/1999 n. 53).

Il perito grafico nominato dal Giudice accertò che l'espressione trascritta sulla cartella clinica: «decorso a norma; si rimuove peros; condizioni cliniche buone, si dimette» era stata vergata di pugno dall'imputato. Quindi, correttamente, da ciò i giudici del merito hanno desunto che il predetto fu presente alla visita all'esito della quale venne dimesso.

Ferme restando le altrui responsabilità, siccome anticipato, il medico che insieme al direttore del reparto compie attività sanitaria non può pretendere di essere sollevato da responsabilità ove ometta di differenziare la propria posizione, rendendo palesi i motivi che lo inducono a dissentire dalla decisione eventualmente presa dal direttore. Infatti, tenuto conto degli interessi primari da salvaguardare e delle qualificate e specifiche competenze professionali dei protagonisti, non può affatto ritenersi che il medico, chiamato allo svolgimento di funzioni sanitarie, possa venir meno al dovere primario di assicurare, sulla base della miglior scienza di settore, le migliori cure ed attenzioni al paziente, in base ad un male interpretato dovere di subordinazione gerarchica. Il medico che insieme al direttore del reparto compie attività sanitaria non può pretendere di essere sollevato da responsabilità ove ometta di differenziare la propria posizione, rendendo palesi i motivi che lo inducono a dissentire dalla decisione eventualmente presa dal direttore. [...]

Qui, invero, le conclusioni peritali, condivise dai giudici del merito, hanno evidenziato che già prima delle dimissioni il quadro clinico imponeva cautela e consigliava di non sottovalutare i gravi rischi incombenti, anche sotto forma di complicazioni. Senza che possa assumere rilievo di sorta l'esatto conteggio delle ore trascorse, quel che è certo è che il paziente venne dimesso con un quadro doloroso e di nausea ancora non definitivamente superato e in presenza solo di timidi e non univoci segni di canalizzazione al quinto giorno del decorso postoperatorio".

La sentenza è molto dura e vuole affermare essenzialmente un principio fondamentale: ciascun medico è un professionista, che non deve celare mai le sue competenze e le sue valutazioni, svincolandole, quando lo ritiene necessario, dalle conclusioni non condivise di eventuali superiori gerarchici. Va definitivamente abbandonato il servilismo ruffiano che troppo spesso è stato alla base dei rapporti con "baroni" di reparti

ospedalieri e universitari, capaci di promuovere o stroncare ogni carriera con una parola o una telefonata.

Se questo è ormai superato nella maggioranza dei reparti di discipline mediche, dove il confronto, soprattutto nei meeting pre-giro di reparto, consente a tutti di esprimere opinioni in merito a iter diagnostici o terapeutici, molto più radicata è la subordinazione nei reparti chirurgici, dove la gestione delle équipes chirurgiche è una prerogativa assoluta esercitata ancora dal primario o da suoi delegati, impegnati a rincorrere gli obiettivi aziendali, in primis ridurre i tempi di degenza ed i posti letto, prima della salute e del benessere degli assistiti.

Non sembra applicabile, come propongono alcuni commentatori, l'art. 40 c.p. «Equivale a cagionare un evento non impedirlo se si ha il relativo obbligo giuridico», in quanto il dissenso espresso non modifica l'andamento dei fatti, ma semplicemente dissocia chi lo manifesta dalla responsabilità dell'équipe medica.

Corso di aggiornamento per responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione

Cari Colleghi,

la presente per ricordare la scadenza dell'11 gennaio 2014 per ottemperare agli obblighi della formazione RSPP per coloro che erano esonerati dal frequentamento dei corsi di formazione ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs. 626/94 (cioè coloro che non hanno fatto un corso di formazione, inviando a suo tempo l'autocertificazione per lettera raccomandata all'ASL di appartenenza).

Coloro che lavorano autonomamente in studio e non hanno ancora fatto il corso e non hanno un RSPP, devono frequentare il corso. Chi invece ha un RSPP esterno, non deve fare il corso. Consigliamo ai neolaureati di togliersi questo obbligo, e di frequentare il predetto corso.

Pertanto, la Sezione ANDI Bolzano ha provveduto ad organizzare un corso di aggiornamento obbligatorio della formazione RSPP (in lingua italiana) con una durata di 14 ore e validità di 5 anni, e precisamente per le giornate del 10 e 11 gennaio 2014 con attribuzione di 16 crediti ECM.

Orari: venerdì 10.1.14 dalle ore 9.00 alle ore 13.00 seguirà breve pausa pranzo poi alle ore 14.00 fino alle ore 18.00 - sabato 11.1.14 dalle ore 8.00 alle 14.00 orario continuato senza pausa pranzo

Il corso verrà svolto nelle sale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bolzano in Via Volta nr. 3. Il Relatore sarà il dott. Poli Nicola di Trento, tutor regionale ANDI per la Sicurezza sul Lavoro.

Lettere

Proposte per la sanità trentina

Nota del Presidente e del Consiglio dell'Ordine

Il Bollettino dell'Ordine dei Medici è uno strumento di informazione, forse già obsoleto nel mondo dei media informatici, a contenuto tecnico, scientifico e culturale, aperto al libero contributo di tutti gli iscritti, che si assumono la responsabilità di quanto pubblicato, anche in riferimento all'esattezza di dati statistici, economici o giuridici e al livello di condivisione di proposte o progetti. L'articolo "Attività chirurgica: il problema delle sale operatorie" (vedi bollettino/3) non è stato commissionato dall'Ordine dei Medici, ma è un articolo che gli estensori hanno proposto, assieme ad altri argomenti inerenti l'attività ospedaliera e territoriale, frutto di una loro personale discussione e convinzione maturata nel corso di diversi mesi, con il contributo di esperti utilizzatori delle sale operatorie, quali Marco Ioppi, Direttore dell'U.O. di Ginecologia ed Ostetricia di Rovereto; Giovanni Depretis, Direttore del Dipartimento di Chirurgia e Paolo Dorigotti, Direttore dell'U.O. di Ortopedia di Rovereto e Direttore del Dipartimento di Ortopedia per oltre un decennio.

All'elaborato è venuta a mancare, anche a causa della tempistica editoriale, un'opportuna presentazione per illustrarne contesto, modi e finalità, tali da suscitare semplici riflessioni, pacate e costruttive, su temi importanti per tutti, medici e operatori a vario titolo nella sanità, senza ledere sensibilità e suscettibilità e senza

esporre gli autori (e il Bollettino) ad ingiustificati attacchi personali, critiche scomposte e giudizi da taluno ritenuti perfino offensivi.

Proprio perché l'Ordine dei Medici deve essere super partes, così come auspicato da tutti, non può permettersi di censurare le idee, salvo quando risultino decisamente offensive nei confronti di singoli iscritti.

Siamo quindi lieti che l'articolo sia stato letto ed abbia suscitato varie reazioni, in particolare la risposta/controproposta del Comitato di Dipartimento di Anestesia e Rianimazione dell'APSS che pubblichiamo a pag. 35.

Ci auguriamo anzi che anche altri Chirurghi e gli Infermieri escano un momento dal blocco operatorio per dare il loro contributo ad un dibattito che serve a chiarire non solo le idee, ma in particolare gli obiettivi che la nostra Sanità deve perseguire per migliorare i servizi, come, ad esempio, limitare i casi di interventi chirurgici posti in coda alla lista e rimandati, magari più volte, alla sessione successiva.

Se si creeranno le condizioni, l'Ordine dei Medici è disposto ad organizzare ben volentieri un incontro fra le parti aziendali, politiche e sanitarie coinvolte per favorire discussione e definizione di progetti realizzabili per una riorganizzazione condivisa di questo particolare, delicato, essenziale, momento di cura, così come di altre prestazioni sanitarie, soprattutto in un periodo di ristrettezze economiche.

Gli ultimi anni della legislatura appena conclusa, infatti, sono stati caratterizzati da progressiva riduzione delle risorse finanziarie destinate alla Sanità trentina, culminate nella spending review, consistita essenzialmente in un blocco del turnover delle risorse umane, personale medico e paramedico in primis, e strumentali. La Conferenza Stato-Regioni ha concordato gli emendamenti della Legge Stabilità che dovrebbero garantire risorse per la costruzione di ospedali di riferimento regionale e/o policlinici universitari nonché per l'adeguamento degli stessi alla normativa in materia di antincendio e antisismica, inoltre per il superamento del blocco del turn-over dei medici.

In merito a questo, la carenza di medici ha condizionato la chiusura dell'ambulatorio cardiologico di Ala; ha indotto l'eclatante protesta dei medici di Tione della scorsa estate; reso quasi insostenibile l'attività ambulatoriale di pediatria e di ginecologia/ostetricia; abbattuto il numero delle prestazioni di riabilitazione e terapia fisica un po' in tutto il territorio, allungato a dismisura le code per esami strumentali e visite specialistiche, in parte dirottate alla sanità privata, in parte messe in stand-by fino all'anno prossimo (in realtà molti utenti, pur con molti disagi, stanno emigrando in altre regioni, aggravando la spesa sanitaria provinciale o annullando il tentativo di risparmio).

Quello che era un "Servizio", vale a dire un impegno della Pubblica Amministrazione per assolvere i bisogni sanitari dei cittadini, viene oggi tradotto, anche nelle delibere ufficiali, in "Sistema" sanitario provinciale, attribuendogli

una esclusiva valenza politica e gestionale, dove alle voci non corrispondono tanto le prestazioni da erogare, ma i costi delle stesse. I parametri per gli incentivi al personale sanitario, incentivi progressivamente decurtati, riguardano direttamente o indirettamente il numero di prestazioni fornite, in progressivo aumento nonostante la riduzione delle unità in servizio e dei posti letti disponibili, senza considerare che nella sanità la compressione oltre misura degli organici e dei posti letto, specie in aree critiche, equivale ad un abbassamento del livello di qualità e di sicurezza per i pazienti.

Sappiamo, infatti, come l'evenienza "errore", in tutte le sue diverse accezioni (errore, quasi errore, evento sentinella, incidente, evento sfavorevole, violazione ecc.) possa manifestarsi con maggior frequenza in concausa con fattori gestionali ed organizzativi, specificamente le risorse, i vincoli finanziari, le politiche aziendali quali:

⇒ dotazione di personale, carichi di lavoro, modalità di turnazioni (si pensi anche all'esigenza di un periodico ricambio di personale ed anche alle particolari sofferenze organizzative nel garantire i servizi necessari d'estate o in occasioni particolari);

⇒ situazioni strutturali di ambienti, impianti ed apparecchiature inadeguate;

⇒ ridotta qualità dei rapporti tra persone, della supervisione da parte del capo équipe, della leadership del dirigente rispetto allo staff amministrativo della comunicazione, scritta o orale, tra medico e medico, tra medico ed infermiere.

Anche la mancanza di tempo per una buona comunicazione medico-paziente/familiari è, spesso, motivo di insoddisfazione, di con-

dizioni di disagio, di una crescita del contenzioso giudiziario o quanto meno di proteste e di rivendicazioni che aumentano la medicina difensiva e lo stress degli operatori sanitari.

Il nuovo codice di deontologia medica, in fase di approvazione, recita all'art. 70: "Il medico ... si adopera affinché le modalità di esercizio della sua attività professionale perseguano la qualità, l'appropriatezza, la sicurezza e l'equità delle prestazioni, nel rispetto delle norme deontologiche. In particolare, il medico che si serve di strumenti di cura e di assistenza fondati sull'utilizzo di metodologie ad elevata tecnologia diagnostica e di strumenti informatici di comunicazione, garantisce la proporzionalità, la necessità e la sicurezza degli interventi, al fine di conseguire la massima appropriatezza clinica e gestionale.

Il medico non assume impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza della persona assistita, dandone tempestiva comunicazione all'Ordine di appartenenza".

Fra medico e becchino non c'era poi tanta differenza!

MARZIALE, Epigrammata, I, 47
Nuper erat medicus, nunc est vispillo
Diaulus: quod vispillo facit, fecerat et medicus.

Poco tempo fa Diaulo era un medico, ora è un becchino: quello che fa come becchino lo aveva fatto anche da medico.

MARCO VALERIO MARZIALE
(40-103/104 d.C.)

Viceversa, il Servizio Sanitario Provinciale, forte della credibilità e del consenso, anche nazionale, conquistati quando le risorse erano maggiori, ritiene di poter garantire gli stessi risultati, pur in condizioni attuali di risorse umane fortemente svantaggiate, ricorrendo a dismisura alcune figure essenziali.

Fermo restando l'impegno di tutta la categoria medica nell'adesione ai protocolli diagnostico-terapeutici funzionali atti a conseguire la massima appropriatezza delle prestazioni sanitarie, è forse il momento opportuno di rivedere in parte l'organizzazione del Servizio Sanitario Provinciale, abbattendo in particolare le spese amministrative, che attualmente sembrano assorbire circa il 50% delle risorse finanziarie destinate alla Sanità, per ripristinare condizioni di lavoro più accettabili nei reparti, nelle sale operatorie e negli ambulatori a rischio di chiusura, tenendo conto delle esigenze di una popolazione che invecchia e mantenendo un giusto equilibrio fra la Sanità Pubblica e quella Privata accreditata e convenzionata.

In conclusione, l'Ordine dei Medici e dei Chirurghi chiede ai Direttori di strutture semplici o complesse che vedono messa in pericolo la qualità e l'equità delle prestazioni e la sicurezza degli assistiti per grave, prolungata carenza di risorse strumentali e umane, senza prospettive a breve termine di soluzioni deontologicamente compatibili, di essere ufficialmente coinvolto, informato e chiamato ad intervenire, al fine di salvaguardare con ogni mezzo, tecnico, politico, amministrativo e giuridico, sia i diritti sia le persone assistite, sia la sicurezza professionale degli operatori sanitari.

Lettere

Proposte per la sanità trentina

“Sorpresa e rammarico”

Trento, 15 novembre 2013

*Al dott. Giuseppe Zumiani,
Presidente dell'Ordine dei Medici
di Trento e direttore editoriale del
bollettino d'informazione "Medico
Trentino".*

Caro Presidente, abbiamo letto con sorpresa e rammarico l'articolo "Attività chirurgica: il problema delle sale operatorie" apparso sul bollettino dell'ordine dei medici n°3/2013 a pagg. 41 e seguenti.

È quantomeno singolare che il bollettino pubblichi una proposta del tutto unilaterale, scritta da un chirurgo, senza consultare alcun rappresentante degli anestesisti, né degli infermieri strumentisti, né degli infermieri di anestesia. L'articolo contiene alcune osservazioni condivisibili (peraltro già proposte dagli anestesisti), altre discutibili, ed una, la riesumazione dell'antico ruolo del chirurgo come "padrone" della sala operatoria, decisamente da rifiutare.

Tra le proposte condivisibili figurano alcune recentemente presentate dal dipartimento di anestesia in una riunione con tutti i chirurghi e il D.G., come il prolungamento (a Trento) di alcune sedute operatorie fino alle 16, già realizzato.

Presso l'ospedale di Rovereto e di Cles è già stata data attuazione al prolungamento delle sedute operatorie di ortopedia, specie in considerazione dell'elevato numero di interventi urgenti che si aggiungono giornalmente alle liste operatorie.

Alcune osservazioni sono molto discutibili:

Non risponde al vero l'affermazione che l'eventuale rinvio di un intervento venga comunicato solo dal chirurgo e non dall'anestesista. Nel caso di rinvio per problemi clinici è vero il contrario. In ogni caso, la programmazione ordinaria delle sedute operatorie deve essere coerente con le risorse esistenti sul campo e coerente con quanto previsto dai piani di lavoro delle sale operatorie, definiti tramite strumenti organizzativi messi in campo proprio per evitare fenomeni di sottoutilizzo o utilizzo improprio delle sedute operatorie. Tali strumenti sono, ad esempio, la valutazione preoperatoria ambulatoriale anestesologica in funzione della data presunta di intervento chirurgico (che viene indicata dagli operatori) e la programmazione a livello direzionale di ospedale, che verifica le necessità delle singole unità operative di area chirurgica.

Il fatto che le sale operatorie siano sottoutilizzate il pomeriggio dipende anche dalla scarsa disponibilità all'attività pomeridiana da parte molti chirurghi: questo anche perché è dimostrato che gli incidenti e gli errori aumentano quando la seduta si prolunga al pomeriggio. Senza menzionare, naturalmente, il disagio per i pazienti.

La carenza di disponibilità al ricovero in UTI per postoperati non dipende dal fatto che il posto possa occasionalmente essere occupato per un ricovero di emergenza (come accade sporadicamente in tutti gli ospedali per la funzione specifica delle Terapie intensive). Il problema, a Trento in particolare, è dato dal fatto che il **numero to-**

tale di posti letto nella Provincia di Trento è molto al di sotto della media nazionale. La carenza di programmazione sanitaria in tal senso è stata più volte e con forza segnalata dagli anestesisti, così come più volte si è sottolineata la necessità di istituire delle aree semintensive per l'assistenza e la cura di eventuali esigenze al confine fra l'area intensiva e quella ordinaria di degenza.

La sussidiarietà tra Trento e Rovereto è già ottimale. Il problema è che Rovereto non è stato attrezzato per accogliere diverse categorie di pazienti: politraumi, ad esempio, per la carenza di funzioni di supporto generico (vedi mancanza di angiografisti interventisti). Il Dipartimento di Anestesia ha più volte prospettato la possibilità e la necessità di utilizzare le sale operatorie dell'ospedale di Rovereto per chirurgia elettiva complessa che richieda un ricovero postoperatorio in UTI. Tale soluzione non è stata accettata. Se si vuole davvero realizzare la rete ospedaliera è necessario passare da una visione "proprietaria" delle sale operatorie e dei posti letto a una concezione "aziendale" della gestione di beni e risorse che sono pagati con finanze pubbliche e dati in affidamento all'Azienda e, tramite essa, ai medici dipendenti.

Per quanto riguarda la separazione tra attività d'urgenza e di elezione va detto che il concetto di "urgenza" è inteso dai chirurghi in modo molto diversificato. Alcuni chirurghi propongono come urgenza interventi che altri programmano tranquillamente nelle sedute ordinarie. Buona parte dell'urgenza "differibile" potrebbe essere inserita nelle sedute ordinarie con una corretta programmazione. Detto

questo, è bene sapere che separare completamente l'urgenza dall'elezione richiede risorse aggiuntive di personale.

L'impiego di anestesisti "a gettone" può essere una soluzione di emergenza, ma ricordiamo che nessun primario di anestesia potrà essere chiamato a rispondere della qualità della loro prestazione.

La proposta più inverosimile è quella di istituire "il responsabile di équipe 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". Tutto ciò "al fine di evitare la sospensione di interventi programmati per il protrarsi dell'attività oltre l'orario stabilito". È una proposta anacronistica che tende a ridare al chirurgo il ruolo di "capo équipe" che ha perso trenta o quarant'anni fa, quando ogni chirurgo gestiva le sedute secondo la sua visuale. L'obiettivo dichiarato è quello di non sospendere la seduta che si prolunga, conferendo al chirurgo un'autorità su anestesisti e infermieri, che non dipendono gerarchicamente da lui.

La proposta in realtà è generica e poco chiara. Che cosa significa responsabile di équipe di sala? Che risponde dell'operato dell'équipe? Che ne determina l'organizzazione? Che definisce la durata delle sedute?

Nell'accezione più ampia, che sembra intendersi dall'articolo, **questa proposta è in conflitto con il principio della responsabilità**, che non è del solo chirurgo ma dell'équipe nel suo insieme.

Nella proposta dell'articolo si nominano solo marginalmente gli infermieri, e si dimentica che oggi sono professionisti laureati e, per quanto di loro competenza, col-

laborano con un contributo autonomo alla sinergia dell'équipe. Lo stesso vale per l'anestesista, come ripetuto da numerose sentenze: "Proprio con riferimento all'attività medico-chirurgica, qualora ricorra l'ipotesi di cooperazione multidisciplinare, è affermazione comune quella secondo cui, in tema di colpa professionale, **ogni sanitario**, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, **è tenuto ad osservare gli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico**, che è quello della tutela della salute del paziente". Cass. pen. Sez. IV, (ud. 18-02-2010) 16-03-2010, n. 10454.

Il "Manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e check-list" del Ministero della Salute (ottobre 2009) recita: "L'équipe operatoria comprende chirurghi, anestesisti, infermieri, tecnici e tutto il personale di sala operatoria coinvolto nell'attività chirurgica. **La responsabilità della sicurezza e dell'esito degli interventi chirurgici non è attribuibile al singolo chirurgo**, ma a tutti i componenti dell'équipe". Perfino l'ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani) nel documento "La responsabilità nel lavoro di équipe - istruzioni per l'uso" distingue tra rapporto VERTICALE (tra chirurghi) e ORIZZONTALE: è il rapporto tra sanitari di diverse specializzazioni non legati gerarchicamente tra di loro. Il chirurgo e l'anestesista, che non è più un semplice "addormentatore", ma un rianimatore con le conoscenze e l'esperienza basate sulla cura del paziente critico, insieme dovrebbero decidere.

Se consideriamo la proposta limitandoci all'aspetto decisionale sulla sospensione d'interventi programmati, quando la seduta si prolunga oltre il previsto, avrem-

mo un impatto organizzativo disastroso. Ovviamente il chirurgo, che va in sala operatoria al massimo tre giorni in settimana, può occasionalmente prolungare l'orario. Non così anestesisti e infermieri, che vi operano tutti i giorni, iniziano prima e terminano l'attività di sala ben più tardi del chirurgo. Se ogni singolo chirurgo decide per la sua seduta, come può avere una visione dell'intero blocco operatorio e della gestione integrata del suo funzionamento? Che cosa accade se tutte le sedute si prolungano di diverse ore? Non dimentichiamo che già ora lo sforamento di sedute programmate non è solo frequente, ma per certe chirurgie è sistematico. Il risultato finale sarebbe inevitabile: un sovraccarico di ore (già ora anestesisti e infermieri hanno un eccesso di ore straordinarie e un arretrato di ferie) che, alla fine, comporterebbe la necessità di abolire intere sedute. In questo modo sarebbero avvantaggiati i chirurghi che tendono già ora a "sforare", mentre verrebbero penalizzati i chirurghi che programmano correttamente la lista operatoria.

Questa organizzazione richiederebbe inoltre che ogni specialità avesse il suo personale, come una volta, e questo è in netto contrasto con i principi di economicità e di efficienza di utilizzo delle risorse umane. L'introduzione del "responsabile" che avrebbe "l'autorità di gestire i professionisti" introdurrebbe ulteriori contenziosi: chi decide sul posizionamento del paziente? Attualmente la responsabilità è condivisa tra chirurgo, anestesista, infermiere di anestesia. Chi decide se effettuare manovre (come l'intubazione tracheale) che da un lato garantiscono maggior sicurezza al paziente, dall'altro possono fare allungare i tempi? Potremmo proseguire con numerosi altri esempi.

Questa proposta porterebbe sicuramente al ritorno a un passato ormai remoto, con peggioramento dell'efficienza ed esacerbazione dei conflitti. La proposta tende a sostituire al team che lavora in sinergia il vecchio modello autoritario e individualista, con il chirurgo, e non il paziente, al centro.

I blocchi operatori in Italia sono gestiti oggi in parte dalle direzioni sanitarie, in parte dagli anestesisti e solo in parte minore dai chirurghi. È intuitivo che l'angolo di visuale del singolo chirurgo è il più ristretto; maggiore è quello dell'anestesista, che vede tutte le sale operatorie, ancora più ampio e "super partes" quello della direzione dell'ospedale. Il problema delle direzioni, "in base al nuovo regolamento aziendale (3.2.1.7) la Direzione Sanitaria è responsabile della gestione del blocco operatorio", è che il loro personale non lavora nelle sale operatorie, quindi deve affidarsi ad altri professionisti che vi operano.

Per garantire una maggiore efficienza delle sale operatorie si tende attualmente ad affidarne la gestione a un OP manager o a un gruppo ristretto di professionisti (infermiere strumentista, infermiere di anestesia, anestesista e chirurgo) che coordini le sedute operatorie di tutto il blocco e non la singola sala operatoria. Forse vale la pena di chiedersi perché tutto il mondo va in questa direzione. Passiamo ad altre proposte concrete, oltre a quella della gestione delle liste operatorie centralizzata e condivisa da un'équipe multi professionale:

⇒ È necessario lavorare alla programmazione delle sedute assegnandole in base alla priorità clinica e decentrare la day-surgery. Ricordiamo che questo obiettivo, non nominato nella proposta pubblicata dall'OdM, rientra negli obiettivi del SOP.

⇒ Valutare l'appropriatezza delle indicazioni all'intervento. Il primo passo è la raccolta dei dati di *outcome* di tutti i nostri pazienti sottoposti a chirurgia maggiore. Siamo in grado, a parte la cardiocirurgia, di quantificare la sopravvivenza a diversi intervalli di tempo? La risposta è no.

In un regime di risorse sempre più limitate, stiamo estendendo le indicazioni all'intervento anche a pazienti che hanno età molto avanzata e aspettativa di vita assai limitata. In conclusione: è sconcertante, ma anche avvilente, che l'Ordine dei Medici pubblici una proposta sull'organizzazione delle sale operatorie senza interpellare il dipartimento di anestesia, che nella nostra APSS ha in gestione tutti i blocchi operatori.

È sorprendente che non siano sentiti gli infermieri, che rappresentano una parte non meno importante del team e il cui contributo è determinante.

È ancora più deprecabile che un'organizzazione che rappresenta tutti i medici assuma posizioni di critica di una sua componente, basandosi sul desiderio di un esercizio di potere fuori luogo e fuori logica di altre componenti, dando libero spazio a proposte organizzative fuori del tempo e di piccolo cabotaggio.

Riteniamo che l'Ordine dei Medici, da cui ci si attende che rappresenti tutti i suoi iscritti in modo equanime, dovrebbe occuparsi di aprire un dibattito sulla qualità dell'organizzazione dell'attività chirurgica in Trentino, estendendo un salutare confronto a tutte le componenti, sia politiche che gestionali, richiamando i principi di equità e di garanzia all'assistenza che sono alla base della professione medica. Chiediamo, pertanto, che venga pubblicata questa nota in tutti i suoi contenuti, a parziale integrazione delle affermazioni presenti nel vostro "editoriale"

I MEMBRI DEL COMITATO DI DIPARTIMENTO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE DELL'APSS:

Dr. Edoardo Geat - Direttore Dipartimento Anestesia e Rianimazione

Dr. Giampaolo Berlanda - Direttore UO Anestesia e Rianimazione di Cles

Dr. Andrea Busetti - Direttore UO Anestesia e Rianimazione di Cavalese

Dr. Claudio Merli - Direttore UO Anestesia e Rianimazione di Tione

Dr. Daniele Penzo - Direttore UO Anestesia e Rianimazione 2 di Trento

Dr. Manfred Pfaender - Direttore UO Anestesia e Rianimazione di Rovereto

Dr. Giorgio Cesari - Direttore UO Anestesia e Rianimazione di Borgo

Dr. Roberto Zeni - Responsabile Struttura Semplice "Day Surgery"

Dr. Dino Pedrotti - Alta Specializzazione Chirurgia Pediatrica

Dr. Giovanni Pedrotti - Responsabile Medico CUE

Dr. Mauro Cima - Responsabile S. Semplice "Rianimazione" di Trento

Dr. Mauro Dellantonio - S. Se dipartimentale "HTCA" e "Op. Manager"

Dr. Massimo Nascimbeni - S. Semplice Dipartimentale C.A.O.D.

Dr. Lucia Pilati - Transplant Coordinator APSS P.O.

Lucia Sabbadin - Coordinatore Area Prof. Sanit. del Dipartimento

Sig. Ivana Castelli - Coordinatrice Blocco Operatorio Trento

Sig. Donzelli Elisa - Coordinatrice Infermieri Anestesia Trento

“Protesto per la superficialità”

Alberto Mattedi, presidente sindacato AAROI-EMAC

Il sottoscritto dott. Alberto Mattedi quale anestesista-rianimatore e quale Presidente provinciale del Sindacato AAROI-EMAC (anestesisti rianimatori ospedalieri italiani-emergenza area critica), intende con la presente protestare per la pubblicazione sul bollettino dell'Ordine dell'articolo “Attività chirurgica: il problema delle sale operatorie”.

È per lo meno superficiale che un argomento di tale importanza venga scritto e pubblicato da chi non ha la minima conoscenza ed esperienza di tale problema. Infatti fra i firmatari, ad eccezione del dott. Ioppi, non c'è nessuno che viva e lavori in Sala Operatoria. Questi comunque conosce solamente la realtà di una struttura periferica, seppure importante, come Rovereto e di una ancor più periferica quale l'Ospedale di Arco, ma nulla sa di quella dell'Ospedale di Trento che non può essere minimamente paragonato agli altri ospedali provinciali sia per complessità dei malati trattati che per varietà della loro patologia. È vero che più di 10 anni fa ha lavorato a Trento, ma in 10 anni qui tutto è cambiato. Gli altri firmatari, dott. Brunori, dott. Ramponi, dott. Spagnolli, dott. Valli e dott. Depretis scommetto che non solo non conoscono la qualità e quantità dell'attività operatoria del nostro Ospedale, ma non conoscono nemmeno quante siano le sale operatorie dell'ospedale di Trento. Vorrei precisare che questo non significa che professionalmente, nel campo di loro competenza, non siano i migliori professionisti del mondo, ma semplicemente che non hanno le conoscenze necessarie per dare dei giudizi sul lavoro degli altri.

Da ultimo, gli altri due estensori dell'articolo, sign. Dorigatti e sign. Leonesi, mi risultano non siano nemmeno persone della sanità e quindi hanno una conoscenza del problema pari all'uomo della strada. L'Ordine dei Medici non può permettersi di essere superficiale, non

informato e tantomeno non essere super partes.

Un articolo su tale argomento infatti avrebbe avuto la necessità di sentire e condividere con il personale di sala operatoria le problematiche e, guarda caso, in sala operatoria vi sono anche gli Anestesisti. Mi dispiace e mi irrita pertanto che l'Ordine abbia, con questo articolo, perso l'occasione di parlare di un argomento di tale importanza con la serietà, la correttezza e l'approfondimento che sarebbe stato necessario.

Certificato medico per pasto islamico

Siamo una società multietnica, e se, teoricamente, siamo molto aperti a nuove culture e nuove usanze, poi nei fatti spesso esse trovano un cortocircuito per cui aspetti di carattere “gestionale” o sociale cercano, e talora purtroppo trovano, una risposta di tipo medico del tutto impropria. A tale proposito il collega Giuseppe Gottardi ci segnala la richiesta singolare di giustificare con un certificato medico la necessità di un paziente islamico di poter avere a scuola un pasto compatibile con le sue scelte religiose. Pubblichiamo ben volentieri la lettera, mentre ogni ulteriore commento ci sembra superfluo.

Epigramma di Marziale

Cure mediche – La febbre mi è venuta dopo la visita!

MARZIALE, *Epigrammata*, V, 9

Languēbam: sed tu comitatus protinus ad me venisti centum, Symmache, discipulis. Centum me tetigere manus aquilone gelatae: non habui febrem, Symmache, nunc habeo.

Stavo male: ma tu, Simmaco, accompagnato da cento allievi, sei venuto prontamente da me. Cento mani ghiacciate dall'Aquilone mi palparono: non avevo la febbre, Simmaco, ora ce l'ho.

Caro Presidente,

Sono Giuseppe Gottardi di Rovereto e scrivo per un problemino sorto in ambulatorio.

Giorni fa, facendo riferimento ad una richiesta scolastica, una signora mi ha chiesto un certificato per esentare suo figlio dal mangiare in mensa cibi proibiti per motivi religiosi. Ero intenzionato al rifiuto ma la signora mi ha fatto presente che la precedente pediatra non aveva mai fatto problemi. Inoltre, se io mi fossi rifiutato, la mensa non avrebbe potuto sostituire il cibo con altro (per esempio: formaggio o tonno) ed il bambino avrebbe dovuto mangiare soltanto verdura.

Se questo corrispondesse al vero, credo che un tuo intervento si renderebbe necessario perché saremmo di fronte all'ennesima follia.

Giuseppe Gottardi.

Odontoiatria

La qualità fa risparmiare: come capire se un dentista è bravo

Fausto Fiorile, Presidente CAO Trento, Tiziano Bombardelli



La scelta del professionista a cui affidare le proprie cure odontoiatriche e quelle dei propri familiari è sempre molto impegnativa; altrettanto difficile, una volta effettuata la scelta, è capire se il dentista a cui ci si è rivolti è bravo e soprattutto, viste le sempre più aggressive pubblicità in materia sanitaria che disorientano, se si tratta di un dentista “onesto”. La scelta dell'odontoiatra viene fatta spesso con il passaparola, sentendo la voce di un familiare, di un amico o di un conoscente che ne parla bene. Ci si rivolge a un dentista in qualche caso semplicemente perché è vicino a casa o addirittura perché nella zona nella quale è ubicato lo Studio è facile trovare parcheggio, e oggi in particolare anche e soprattutto per il prezzo delle cure.

Una volta conosciuto il professionista si continua a rivolgersi a lui spesso per la simpatia e l'umanità che riesce a trasmettere, per la sua capacità di mettersi in ascolto.

Tutti elementi molto importanti ma che non hanno nulla a che fare con la qualità intrinseca delle cure erogate e del servizio clinico offerto. Il cittadino può capire molto bene se il suo medico di fiducia è gentile o maleducato, ma non possiede certo gli strumenti per poter valutare le capacità tecnico-operative del proprio dentista e tanto meno il suo grado di preparazione scientifica.

Ma allora come si può capire se un dentista eroga delle prestazioni di qualità?

Per venire incontro a questa esigenza, in occasione del 32° Congresso Internazionale dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Protetica (AIOP) svoltosi nei giorni scorsi a Bologna, il Presidente della Società scientifica ha presentato un *vademecum* per aiutare i cittadini a riconoscere un dentista di qualità. Ricordiamo che l'AIOP con i suoi 1500 Soci è la più importante realtà scientifica d'Europa in ambito protesico e una delle massime espressioni dell'Eccellenza odontoiatrica italiana.

Ecco quindi alcune regole contenute nel *Vademecum* ed altre indicazioni universalmente riconosciute dal mondo scientifico come elementi fondamentali per una odontoiatria di qualità.

Prima di tutto un bravo dentista durante la prima visita fa un'anamnesi, raccoglie cioè una serie di dati su patologie pregresse o attuali che potrebbero influenzare o compromettere quello che si andrà ad eseguire. Durante la visita clinica indossa guanti e un sistema di ingrandimento quali occhiali o microscopio (se vedo meglio riesco a fare meglio), che userà anche durante tutte le sedute operative.

Il dentista di qualità non è frettoloso. Trattandosi di un lavoro “artistico” è necessario essere scrupolosi. L'esecuzione accurata di tutte le fasi terapeutiche (devitalizzazioni, otturazioni, chirurgie, protesi) richiede oltre ad abilità manuali, conoscenza ed esperienza associata

al giusto tempo per poter eseguire in tranquillità le cure.

Il dentista di qualità esegue le cure dei denti (otturazioni e devitalizzazioni) usando la diga di gomma perché la massima performance dei materiali e le condizioni di riduzione della contaminazione batterica si ottengono grazie al controllo dell'umidità della saliva e del retrobocca.

Prima di fare una diagnosi e un piano di trattamento per terapie particolarmente complesse quali quelle protesiche e ortodontiche, il dentista raccoglie tutta una serie di informazioni sulla funzione e sull'estetica quali: fotografie intra ed extraorali, rilevazione di impronte per modelli studio, radiografie endorali e valutazione dello stato di salute dei tessuti duri (denti) e delle gengive attraverso i sondaggi parodontali (la misurazione delle tasche gengivali). Di fronte a un caso complesso non si può intervenire immediatamente con una terapia senza aver fatto prima una diagnosi corretta, elaborato un piano di trattamento e predisposto un preventivo di spesa che può essere fatto solo al termine del processo. Al paziente deve essere illustrato il piano di trattamento con tutte le opzioni di cura possibili e solo dopo aver ottenuto il consenso al trattamento verranno pianificati appuntamenti per le sedute alla poltrona adeguati sia per numero che per durata.

Quando il dentista esegue un lavoro protesico anche semplice

(ad esempio una corona protesica o capsula) si assicura che la corona non risulti più alta degli altri denti, cioè non deve toccare prima ma contemporaneamente al resto della dentatura. Inoltre i contatti con i denti vicini devono essere precisi in modo che il filo interdentale incontri una certa resistenza ma senza rompersi o sfilacciarsi, inoltre la corona deve chiudere sul dente preparato a 360 gradi in modo da assicurare la salute delle gengive (mancanza di arrossamento e sanguinamento) e prevenire il rischio di carie. Una corona cementata con cemento definitivo non deve staccarsi accidentalmente e il colore della ceramica deve essere simile a quello dei denti vicini.

Il dentista di qualità si occupa personalmente o grazie alla collaborazione di un Igienista dentale, di prevenire le patologie odontoiatriche attraverso programmi di controlli periodici dei propri pazienti. Parliamo dei pazienti in età evolutiva e dei pazienti adulti sottoposti a cure che per il successo nel tempo devono essere sottoposti a controllo periodico della placca batterica sopra e sottogengivale e costante motivazione per una scrupolosa igiene orale domiciliare. Individuare il tipo di patologia verso la quale il paziente mostra suscettibilità e mettere in atto delle misure preventive verso queste patologie diventa fondamentale per eliminare le cause che hanno provocato la patologia. Un bravo odontoiatra non può limitarsi a curare il danno. Il dentista di qualità non può avere i prezzi troppo bassi. Se da un lato non è sempre vero che costi elevati siano sinonimo di qualità, dall'altro lato e certamente vero che il termine "low cost" si associa spessissimo a scarsa qualità. Per assicurare un servizio adeguato e continuativo nello Studio odontoiatrico operano più soggetti: l'Igie-

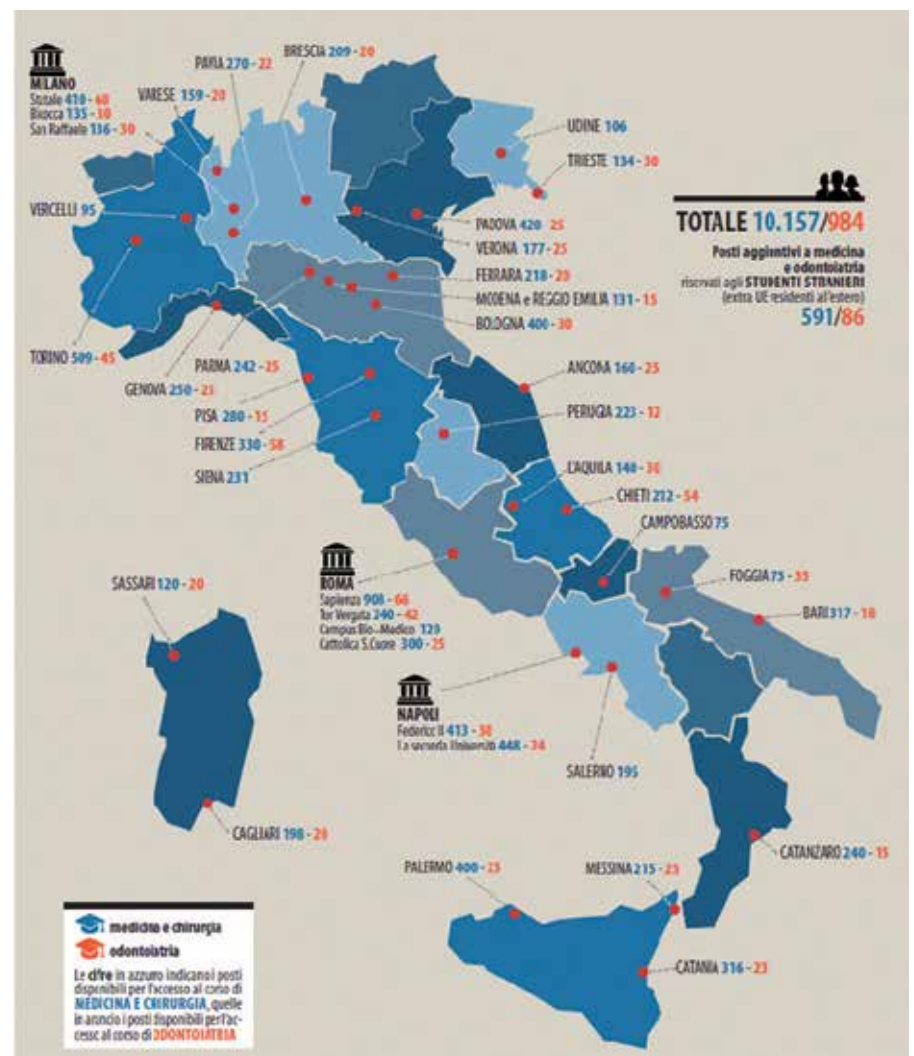
nista dentale, l'Assistente alla poltrona, la Segretaria, tutte figure professionali che a fine mese ricevono uno stipendio. I materiali di uso odontoiatrico di buona qualità hanno costi elevati così pure gli strumenti, le attrezzature elettromedicali e la loro manutenzione. L'Odontoiatra che si occupa di riabilitazioni protesiche collabora con l'Odontotecnico, figura professionale molto importante a garantire qualità all'intera filiera. I manufatti vengono costruiti ottemperando alla direttiva europea 93/42 che l'Italia ha recepito in maniera più rigorosa di altri Paesi europei, quali

ad esempio quelli meta del cosiddetto turismo odontoiatrico.

In poche parole il dentista non vende un "prodotto", anche se il messaggio che viene oggi lanciato sembra essere proprio questo, ma offre un servizio rappresentato dal bene salute tra i più importanti in assoluto.

Concludiamo dicendo che uno degli elementi discriminanti per valutare la qualità è la passione e l'entusiasmo con cui il professionista svolge il proprio lavoro quotidiano; passione ed entusiasmo che solo chi lavora con il cuore comunica ogni giorno!

Facoltà di medicina e odontoiatria: i posti disponibili per l'anno 2013/14



Distribuzione dei posti per l'accesso alle Facoltà di Medicina e Odontoiatria. Da "Il Giornale della Previdenza", n. 6 2013.

Ordine: i bilanci 2012-2014

Relazione al conto consuntivo 2012

dott. Imelda Menghini, tesoriere

Presento alla Vostra attenzione il rendiconto finanziario di competenza della gestione 2012, approvato dal Consiglio Direttivo in data 27 novembre 2013 e oggetto di parere da parte del Collegio dei Revisori dei Conti, che si sintetizza nelle seguenti voci:

Entrate accertate: euro 1.165.436 (2011 = 1.001.235,33) di cui rimosse euro 1.108.363

Uscite impegnate: euro 1.082.391 di cui pagate euro 1.012.397.

Avanzo di competenza euro 83.045. I residui attivi risultano di ammontare molto modesto e sono pari ad euro 57.073 ovvero il 5% circa delle entrate accertate; si riferiscono in particolare a quote di iscrizione da incassare;

I residui passivi ammontano a euro 69.995, pari al 7% delle uscite impegnate, si riferiscono ad impegni di competenza dell'esercizio 2012, in particolare stipendi e gettoni di presenza e quote della scuola di medicina poi effettivamente pagati nell'esercizio 2013.

Le entrate e uscite correnti sono sostanzialmente rispettose delle previsioni iniziali. Il saldo tra entrate correnti e spese correnti maggiorate dalle quote FNOMCEOD è positivo per euro 91.006.

L'avanzo di amministrazione disponibile al 31 dicembre 2012 ammonta ora ad euro 189.991.

Passo ad una breve descrizione delle principali voci di bilancio, rimanendo a disposizione per ogni chiarimento.

Entrate

Le quote degli iscritti costituiscono la principale entrata dell'Ente (senza considerare le somme introitate per la scuola di medicina);

La morosità degli iscritti è ridotta a poche posizioni marginali grazie anche al lavoro degli uffici.

Le modalità di riscossione sono invariate rispetto agli esercizi precedenti.

Anche nel 2012 le nuove iscrizioni sono seppur di poco superiori alle previsioni iniziali per effetto dei nuovi iscritti e dei trasferimenti da altri Ordini.

Senza considerare le entrate per la Scuola di Medicina Generale le quote rappresentano oltre l'80% delle entrate. Da questo punto di vista l'Ordine dei Medici è un ente con un'elevata autonomia gestionale.

Oltre alle quote, le altre voci maggiori di entrata sono costituite da:

- affitti attivi versati dagli altri Ordini ospitati presso la sede, che sono sostanzialmente invariati con un normale adeguamento ISTAT dei canoni percepiti.

- rendite finanziarie derivanti dalla gestione della liquidità (interessi attivi su conto corrente);

- rimborsi e recuperi vari per l'attività (spese anticipate) svolta presso la sede, in calo rispetto alle previsioni iniziali.

Non vi sono entrate straordinarie e



non si è provveduto all'alienazione di beni inventariabili.

Si conferma la pressoché totale autonomia finanziaria del nostro Ente in grado di gestire l'attività con l'utilizzo di risorse proprie.

Uscite

Le spese per organi istituzionali sono coerenti con le previsioni iniziali con una modesta economia di circa 8.000 €.

Le spese per la promozione culturale sono impegnate per circa 48.000 € a fronte di una previsione iniziale quasi doppia.

Le spese del personale sono state inferiori alle previsioni per la mancata liquidazione del fondo TFR previsto inizialmente ma avvenuta nel 2013.

Nella voce consulenze, segnalo un impegno per spese legali per euro 7.000 circa.

Le spese di gestione della sede evidenziano sostanziali economie rispetto alle previsioni (circa il 20% in meno rispetto alla previsione iniziale)

Il conto consuntivo 2012 e il bilancio dettagliato di previsione 2014 è disponibile per tutti gli associati presso la sede dell'Ordine ma può essere consultato on-line sul sito dell'Ordine www.ordinemediciti.org

Il fondo di riserva è stato utilizzato per coprire alcune spese correnti non previste.

Nelle spese in conto capitale segnalano i lavori di completamento della sede per circa 48.000 euro, oltre all'acquisto di alcune attrezzature con un impegno di spesa di circa 16.000 euro.

Prosegue regolarmente l'ammortamento del mutuo ENPAM stipulato per il completamento della sede sociale.

Il rapporto con la **Scuola di Medicina Generale** viene sintetizzato in due sole voci in entrate e in uscite pareggianti nel 2012 in euro 390.316, cui vanno aggiunti euro 36.629 relativi a costi anticipati dall'Ordine e poi recuperati. La scuola dispone di un proprio rendiconto che viene sottoposto a revisione da parte della Provincia Autonoma di Trento che sovvenziona integralmente l'intervento in base ad apposita con-

venzione. Nel merito del funzionamento della scuola rimando a quanto esporrà il Direttore Responsabile.

Nel confermarvi che il documento a Voi presentato comprende universalmente tutte le entrate e le uscite dell'Ente e che non esistono debiti fuori bilancio vi invito a approvare il rendiconto finanziario 2012 così come proposto.

*Il Tesoriere
dott. Imelda Menghini*

Relazione al bilancio di previsione 2014

dott. Imelda Menghini, tesoriere

Presento alla Vostra attenzione il bilancio di previsione, relativo all'esercizio finanziario 2014, approvato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 27 novembre 2013.

Il bilancio di previsione 2014 pareggia nelle entrate e nelle uscite in euro 1.506.255 (2013 = 1.311.387,18) applicando un avanzo di amministrazione presunto di euro 331.232.

La nomenclatura del bilancio di previsione è conforme al regolamento di contabilità dell'Ordine e agli schemi di bilancio proposto dalla Fnomceod.

Le entrate correnti (Titoli I e II) sono pari a euro 709.523 in aumento di circa il 3% rispetto al 2013; la variazione è esclusivamente da attribuire alle quote annuali a ruolo e in particolare all'incremento del numero di iscritti, tenuto conto delle doppie iscrizioni, mentre la quota associativa individuale viene confermata nell'importo previsto per gli anni 2013 e precedenti. Le spese correnti (cat I) sono pari a euro 974.255; il sostanziale incremento è in particolare im-

putabile ad una diversa contabilizzazione del Fondo Trattamento di Fine Rapporto; la maggiore uscita viene compensata dalla quota di avanzo di amministrazione imputabile al controvalore della polizza sottoscritta con INA assicurazioni a copertura dell'onere derivante dalla liquidazione del TFR a favore del personale dipendente. Senza questa voce, le spese ordinarie di funzionamento sarebbero sostanzialmente inalterate rispetto alle previsioni dell'esercizio 2013.

Passo ora a esaminare le voci che ritengo più significative del bilancio, rimanendo a disposizione per ogni chiarimento.

Entrate

Quota annuale

Le quote versate dagli iscritti costituiscono anche nelle previsioni per il 2014 la voce maggiore di entrata. La quota è invariata rispetto agli esercizi precedenti e determinata in unico ammontare per tutti gli iscritti e indicata al lordo dell'importo di 23 euro di competenza della Fnomceod.

Le entrate da rendite sono previste sostanzialmente invariate rispetto agli esercizi precedenti. È previsto in ammontare ridotto il recupero del costo di un dipendente comandato presso la Provincia Autonoma di Trento; la voce si riferisce al recupero di costi residuali (TFR e ratei) in quanto ora il dipenden-



te risulta a tutti gli effetti trasferito presso altra Pubblica Amministrazione.

Non si prevedono accensione di mutui o alienazione di beni patrimoniali.

Uscite

Spese per gli organi istituzionali:

Si prevede un sostanziale incremento, in particolare per il maggior impegno per l'organizzazione della "Giornata del medico" e per gli adempimenti elettorali. Non si prevede la borsa di studio **Gemma Gherson**.

Spese di rappresentanza :

Sono sostanzialmente invariate rispetto all'esercizio precedente.

Aggiornamento professionale:

Viene confermato lo stanziamento dell'anno 2013 in euro 75.000 a fronte di alcune significative iniziative che il Consiglio intende intraprendere. Parte delle spese sono

sovvenzionate dall'Ente pubblico sulla base di apposite leggi provinciali di settore.

Spese tipografiche

Si propone un incremento di 5.000 euro ipotizzando una spesa in linea con l'esercizio 2013.

Personale:

La previsione è sostanzialmente in linea con l'esercizio 2013.

Si prevede la sostituzione di una figura professionale che terminerà il servizio all'Ordine nel marzo 2014.

Consulenze

Si propone la riduzione di euro 10.000 dello stanziamento per spese legali.

Spese per la sede e di funzionamento (capitoli VIII e IX)

Sono invariate rispetto alla previsione 2013.

Spese di funzionamento

Si propone un assestamento della voce per un impegno complessivo di euro 22.500.

Imposte tasse e canoni

Segnalo il maggior impegno per l'imposta IMU il cui ammontare raddoppia rispetto allo stanziamento dell'anno precedente.

Oneri di finanziamento

Prosegue regolarmente il piano di ammortamento stipulato con l'EN-PAM, per l'acquisto di una parte della sede nell'esercizio 2000, con durata ventennale.

Fondi di riserva per spese impreviste e straordinarie

E' determinato in misura proporzionale alle entrate correnti e nei limiti di legge.

Spese in conto capitale

Le previsioni sono di importo modesto e in previsione di interventi routinari di adeguamento delle attrezzature.

La voce "Libri riviste e pubblicazioni" contempla anche eventuali spese pubblicitarie così come previsto dall'art. 41 D.Lgs. 177 del 31 luglio 2005.

Anche nel 2014 l'Ordine proseguirà la gestione della Scuola di Formazione in Medicina Generale le cui risultanze sono esposte in un rendiconto analitico soggetto a controllo dalla Provincia Autonoma di Trento. Il dettaglio delle spese sostenute è oggetto di separato rendiconto.

Quanto esposto illustra in maniera prudentiale ma sufficientemente oggettiva i valori sottostanti all'attività che l'Ordine intende svolgere nell'esercizio 2014.

Pertanto al termine della discussione

Visto il parere favorevole del consiglio che ha approvato all'unanimità il progetto di bilancio di previsione,

Visto il parere favorevole espresso dal collegio dei revisori,

Invito l'assemblea degli iscritti ad approvare il bilancio di previsione 2014 così come proposto.

Il Tesoriere

dott. Imelda Menghini



Comunicazioni FNOMCeO

COMUNICAZIONE N. 89

PAGAMENTI ELETTRONICI obbligo dei POS per i medici e gli odontoiatri dal 1° gennaio 2014

Si ritiene opportuno segnalare che l'art. 15, comma 4, dei D.L. 179/124, convertito nella L. 221/12 ha sancito che, a decorrere dal 1 gennaio 2014, i soggetti che effettuano l'attività di vendita di prodotti e di prestazione di servizi, anche professionali, sono tenuti ad accettare anche pagamenti effettuati attraverso carte di debito. Al comma 5 dell'art. 15 dei D.L. 179/12 è stato poi previsto che "con uno o più decreti del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Banca d'Italia, vengono disciplinati gli eventuali importi minimi, le modalità e i termini, anche in relazione ai soggetti interessati, di attuazione della disposizione di cui al comma precedente. Con i medesimi decreti può essere disposta l'estensione degli obblighi a ulteriori strumenti di pagamento elettronici anche con tecnologie mobili".

Pertanto, stante il quadro normativo sopra esposto, si rileva che, a partire dal 1 gennaio 2014, i professionisti non potranno rifiutarsi di accettare dal cliente il pagamento delle proprie prestazioni professionali attraverso carte di debito (dunque il diffuso circuito **Bancomat**, ma allo stesso tempo non possono escludersi in via preventiva le ulteriori carte di debito operanti in altri circuiti quali **Maestro** e **V-pay**). Si sottolinea inoltre che il legislatore non fa menzione delle

carte di credito né delle carte prepagate.

Tutti i professionisti dovranno quindi dotarsi di un terminale abilitato al pagamento elettronico, il c.d. POS (point of sale), dispositivo già utilizzato presso gli esercizi commerciali, che consente di accettare pagamenti in formato elettronico, collegato con il centro di elaborazione della banca che offre il servizio e consente di autorizzare ed effettuare contestualmente in tempo reale l'addebito sul conto corrente del soggetto abilitato e l'accredito sul conto dell'esercente (ovvero il professionista).

Ad ogni buon conto si rileva che il legislatore non ha previsto sanzioni per il professionista che non si doti di POS e quindi non sia in grado di accettare pagamenti in formato elettronico con carte di debito.

Di particolare rilevanza sarà il decreto di cui al comma 5 dell'art. 15 del D.L. 179/12 citato in premessa,

che dovrebbe precisare l'importo minimo non soggetto all'uso del POS. Vale la pena ricordare, in ogni caso, che per i pagamenti superiori a mille euro, esiste già l'obbligo di utilizzo di un sistema tracciabile, non essendo consentito effettuare il pagamento in contanti.

Sulla questione il Governo ha comunque assicurato che le misure da adottare sono in fase di approfondimento, al fine di giungere ad una regolamentazione che minimizzi gli effetti distorsivi della concorrenza (particolarmente riguardo ai costi connessi all'attuazione dell'obbligo in questione) ed alla necessità di stabilire regole per ridurre le commissioni sulle transazioni effettuate mediante carte di pagamento.

In conclusione, non si può infatti non sottolineare che l'obbligo di dotarsi di POS comporterà delle spese per il professionista, quali ad esempio le spese per l'acquisto, i costi per l'installazione, il canone mensile di utilizzo di un terminale, nonché delle commissioni addebitate dalla banca per ciascun pagamento effettuato elettronicamente.



La nostra storia

a cura di Alberto Folgheraiter

Nessun medico tra i defunti nel primo anno del secolo XX

In queste pagine, la pubblicità di alcune farmacie cittadine pubblicata sul Bollettino dell'Associazione Medica Trentina nel 1901. In tutte dominava il ferro-china e l'elisir di Rabarbaro. La Farmacia Gerloni metteva sull'avviso i clienti dalle... imitazioni.

Correva il 1901, era il mese di gennaio, anno XX di pubblicazione del *Bollettino medico Trentino*. "A tutti i nostri egregi colleghi - scriveva il "Redattore ai Soci ed Abbonati" - *salutem plurimam pro seculo novo*, con speciali grazie a quei gentili che vollero onorare allo spegnersi del secolo con lettera, o con cartolina d'augurio il vecchio Redattore e Presidente - ch'è tutt'uno - con frasi, pensieri, o consigli pieni di benevolenza ed affetto".

Il redattore e Presidente "unico" era il dott. Giovanni Battista Gerloni, sapida figura di uomo, medico e giornalista, al quale non mancavano né la perizia nell'arte medica né l'arguzia nella penna. "Sfogliate di grazia l'Indice delle Materie del 1900, che sta racchiuso in foglio volante nel presente Bollettino di Gennaio, e per fortuna rara, cercherete invano la rubrica "Necrologie". Da tant'anni che faccio il Redattore non ho mai avuto il bene di ometterla, et rara avis, constato la buona ventura, e la faccio notare con soddisfazione alla social tridentina medica famiglia, onde tragga lieto augurio sapendo che nell'anno che segnò la morte del secolo XIX tutti i soci lo superarono vivi".

L'editoriale del dott. Gerloni proseguiva:

"L'anno testé decorso fu assai fecondo di proficuo lavoro per la Camera Medica, la quale coi suoi valenti campioni è per stabilire un'epoca di vero risorgimento

Farmacia Gerloni

TRENTO - Piazza Duomo 15.

Bagno di Levico artificiale liquido per la cura a domicilio,

il preferito da tutti i medici, il più a buon prezzo, il primo diffuso in terapia, sanzionato da 20 anni di esperienza **ciò che è il maggior suo vanto.**

Esigete sempre sulla capsula, etichetta ed involuero esterno il nome: **FARMACIA GERLONI, - essendovi moltissime imitazioni!**

Si vende e si cede in affitto

l'apparato per disinfezione Schering alla formalina

il più potente, il più pratico disinfettante conosciuto, specialmente nelle borgate e paesi ove non c'è la comodità di poter praticare le disinfezioni necessarie dopo malattie contagiose ed infettive.

Si assumono disinfezioni di locali, mobili, biancheria, vestiti etc. senza sciupare in alcun modo gli ambienti o gli oggetti.

TINTURA CALLIFUGA superiore a qualsiasi specialità consimile confermata da numerose e spontanee attestazioni.

FASCIATURE, MEDICATURE ANTISETTICHE,

Cinti erniari, oggetti di gomma, termometri, irrigatori, Cassettine disinfettabili per levatrici.

FERRO - CHINA, ELISIR RABARBARO e CHINA

Malaga, Marsala, Cognac

VINI MEDICATI

Specialità - Acque minerali - Sifoni (acqua di soda).

della casta medica, ed arriverà, non si dubita, ad ottenere quei postulati inutilmente elaborati, e vagheggiati dalla Associazione, giacchè se n'ebbe la voglia e la costanza, le fece difetto la possa di condurli a fatto compiuto.

Anche per l'ordinamento delle condotte, e per la rigorosa osservanza del Capitolato la Camera comincia ad imporsi, e sarà più facile a lei ottenere quell'ascendente, e quel prestigio, che noi

conquistammo e mantenemmo in passato non per forza di legge, ma per la valida coesione dei soci, unita all'attività, e gelosa premura della Direzione.

Ma se al presente la sola Associazione dovesse imporre l'ossequio ai capitolati, e la sistemazione delle condotte, confesso il vero, che sarebbe del tutto impotente. In passato due fattori ci erano di grande ajuto: primieramente la penuria di medici per cui sopra

ogni condotta che si apriva potevamo dettare i nostri giusti patti, colla efficace più volte verificata minaccia di mandar frustrate le concorrenze nei paesi recalcitranti al Capitolato; in secondo luogo, quando vigea in Trento la Luogotenenza, l'esimio D.r. Poda Referente Sanitario, perfetto conoscitore dei singoli paesi, e dei loro bisogni, colla sua opera e consiglio ci veniva incontro, cercando di evitare gli attriti, smussando gli angoli acuti, e dando una piega sempre favorevole e giusta ad ogni opposizione, o innovazione sbagliata che stava per determinarsi da qualche paese; e le cose, grazie l'incontestabile merito suo, sortivano sempre a bene: e la fiduciosa autorità metteva lo spolverino alle cose condotte equamente. Ma ora, mancatoci questo valido appoggio, gli affari della sistemazione delle nuove condotte procedono a casaccio giacché la lontana Giunta Provinciale che tutto regge non può attingere che scarse, ed incerte informazioni suggerite da varie persone con criteri diversi, e perciò le vertenze, oltre venir menate alle Calende Greche, non riescono conformi ai desideri dell'Associazione, ed in tal modo si verificano i pasticci e lungaggini di Malé, Stenico-San Lorenzo, e Strigno ecc. Meno male che la Camera Medica, valendosi del suo diritto, potrà imporsi, e appianare le quistioni anche intricate colla forza della legge, che stà a sua disposizione, e col sereno criterio dei suoi consiglieri. Ed or rispondo alle lettere, e cartoline speditemi:

Cosa farà la vecchia Associazione da qui innanzi, essendo demandata alla Camera la parte principale dell'attività sua? Dovrà morirsiene in pace?

Mainò, egregi colleghi: all'Associazione si apre ora un nuovo campo inesplorato di lotta, for-

FARMACIA SANTONI - TRENTO

Deposito d'istrumenti chirurgici
Istrumenti ortopedici - Cinti erniari - Oggetti di gomma.

Depositaria e concessionaria per l'impero austro-ungarico e germanico del rinomato e più volte premiato
Elisir di Rabarbaro & Erbe
 C. UNTERWEGER - Brescia.

BAGNO ARTIFICIALE DI LEVICO

L'unico preparato che corrisponda perfettamente all'acqua di Levico e Vetricolo secondo l'analisi del cav. Dott. L. de Barth professore del Primo laboratorio chimico dell'I. R. Università di Vienna.

Ferro China al Marsala - Santoni
 prescritto e raccomandato da autorità mediche per deboli e convalescenti.

Laboratorio chimico - Analisi qualitative - microscopiche
LABORATORIO SPECIALE
per l'analisi del latte.

Ossigeno puro per uso terapeutico.
 Siero antidifterico **Paltauf** e **Boehringer.**

Specialità proprie - nazionali e estere.

se di gloria, cui per lo passato non poteva efficacemente attendere. E ben son lieto, che al pensier mio risponda quello di tanti egregi colleghi, che compresa la vera missione del medico dei nostri tempi, consigliano, ed eccitano l'Associazione a dedicarsi al culto dell'Igiene, tanto trascurato nelle nostre valli e città.

Alla vigilia della triennale elezione delle cariche sociali, io scriveva sul Bollettino un articolo per promuovere una lotta contro la Pella; ciò mostrava ai soci le intenzioni del vecchio presidente; la rielezione unanime dello stesso avvenuta in Pergine, e parimenti della Direzione lasciata quasi invariata; la petizione di 20 soci bastevole (che del resto si sarebbero potute avere anche cento firme) onde ottenere un'assemblea generale straordinaria contro la pella - anzi estesa contro le altre infermità, - da intitolarsi Pro Igiene che dovrebbe sorgere col concorso del pubblico, ma capitata dall'Associazione, nonché la favorevole seguita assemblea in Rovereto, dimostrarono, che i medici sono dispostissimi a seguire il novello indirizzo, onorandosi in tal guisa la casta dei Medici, e tacendo aumentare la loro stima, ed autorità di fronte al pubblico colto.

Non s'intenda con ciò, che i medici debbano concorrere coi loro risparmi sociali; basta che agiscano moralmente, intellettualmente, e la bisogna camminerà a gonfie vele; che troppo sarebbe - e del resto inutile - si dovesse intaccare l'obolo ragranellato da tanti anni, e con tante fatiche, od il fondo sovvenzioni, che come vedrete dal Bilancio che sortirà il mese venturo, ascende alla modesta sì, ma pur significativa somma di fiorini 1173.

In quanto all'andamento, e valore del periodico ch'io dirigo, l'a-

vete tra mano e giudicatelo voi. Egli continuerà, ingrossando se è possibile il suo volume di pagine, con articoli commendevoli, e il più possibilmente pratici. I collaboratori sono cresciuti, ed hanno buona lena ... tutto procede bene... anzi li avverto che tengo in serbo molti buoni articoli, e che

perciò non si allarmino se i singoli lavori soffriranno nella pubblicazione un sensibile ritardo.

Chiudo. - È sul nobile terreno più sopra additatovi, che vi invita fiducioso di valido appoggio il vostro antico

Presidente, e Redattore

D.r Giovanni Battista Gerloni

Farmacia Gallo - Trento

Deposito principale per il Trentino

delle specialità del chimico-farmacista BONI - TIONE

CHINA-FERRO

Soluzione aromatica, tonico-ricostituente, in cui il ferro è combinato all'acido chinico senza intervento di acidi minerali nella proporzione del 10 per mille su 50 per mille di china.

Elisir di Rabarbaro

Tintura aromatico-tonico-disostruente

che contiene associate altre varie droghe a base amaricante.

Viene raccomandata nelle difficili digestioni, pirosi, stitichezza e catarro del tubo digerente.

Ogni cucchiaino ha l'azione di 1 grm.

di rabarbaro cinese

e si prende prima dei pasti.



Puericultrici dell'ONAIR, immagine colta da Sergio Perdomi (1887-1953) negli anni Venti del XX secolo. È la fotografia che proponiamo per le feste natalizie. Infatti i neonati richiamano l'anno nuovo 2014, anno che il presidente, il consiglio di Amministrazione, la segreteria e i redattori del Bollettino dell'Ordine augurano a ciascuno di voi prospero di serenità e di soddisfazioni professionali.

*Auguri di
Buone
Feste*

