

BOLLETTINO



02 | 2024

MEDICOTRENTINO

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



**INTELLIGENZA ARTIFICIALE E MEDICINA
DIBATTITO APERTO SULLE PROSPETTIVE**

Poste Italiane SpA • Spedizione in Abbonamento Postale • 70% NE/TN • Anno LXXI - N. 1/2024 • Tassa pagata - Taxe parçue • Reg. Trib di Trento n. 28 del 16/05/51

**INTERVISTA CON L'ASSESSORE
ALLA SANITÀ MARIO TONINA**

**CELEBRATA A TRENTO LA GIORNATA
MONDIALE DELLA SANITÀ**

**CONSEGNATO IL PRESTIGIOSO
PREMIO PEZCOLLER**



TORNA A SENTIRE RITORNA A VIVERE

Vieni da Acustica Trentina e troverai soluzioni semplici ed accessibili per sentire bene. Affidati con fiducia al nostro team di dottori audioprotesisti appassionati ed esperti; verrai accompagnato, passo dopo passo, verso la riconquista del tuo udito.

CON ACUSTICA TRENTINA HAI MOLTO DI PIÙ

Numero Verde
800-274067



ACUSTICA TRENTINA
innanzitutto persone

TRENTO SEDE Viale Verona 31/2 - tel. **0461 91 33 20** - www.acusticatrentina.com

SOMMARIO

IN PRIMO PIANO

Medico secondo tradizione o tecnomedico?	5
Intelligenza artificiale e deontologia medica	8
Intelligenza artificiale nella relazione medico-paziente	10

SPECIALE

Sanità: le sfide che ci attendono	14
-----------------------------------	----

PROFILI

Gli anticorpi si formano o pre esistono?	18
Premio Pezcoller, la cerimonia di consegna alla vincitrice Titia de Lange	22
Celebrata a Trento la Giornata mondiale della salute	24
In pensione il primario Pellegrini	26
Un'iniziativa degli Ordini sanitari del Trentino ANTIBIOTICI SÌ, PERÒ ATTENZIONE	27

LE NOSTRE NEWS

News dall'Ordine	28
------------------	----

LETTERE AL PRESIDENTE

Riportiamo la lettera a un medico della figlia di una ricoverata deceduta in ospedale	30
---	----

IL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE

Quadrennio 2021-2024

Marco Ioppi *Presidente*
Guido Cavagnoli *Vicepresidente*
Andrea Ziglio *Segretario*
Lorena Filippi *Tesoriere*
Monica Costantini *Delega speciale per la medicina territoriale*

CONSIGLIERI:

Paolo Bortolotti, Tommaso Cai, Michele Caliarì, Monica Costantini, Giovanni De Pretis, Luca del Dot, Maurizio Del Greco, Francesca Desiderato, Antonella Ferro, Matteo Giuliani, Carla Sperandio, Laura Albertini (odontoiatra)

REVISORI DEI CONTI:

Marcello Malossini (Presidente), Sandro Zuech, Damiano Berti, Renzo Barbacovi (supplente)

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI:

Laura Albertini (Presidente), Francesca Campagnola, Nicola Furlini, Thomas Zorzi

LE COMMISSIONI DELL'ORDINE:

Commissione Ambiente:

coordinatore Paolo Bortolotti

Commissione Formazione e Aggiornamento:

coordinatore Tommaso Cai, Carla Sperandio

Commissione Giovani:

coordinatrice Francesca Desiderato

Commissione Ricerca e Sviluppo:

coordinatore Giovanni De Pretis

Commissione Salute globale, sviluppo e cooperazione:

coordinatrice Bruna Zeni

Commissione delle medicine non convenzionali:

coordinatrice Maria Claudia Di Geronimo

Commissione Ricerca Storica:

coordinatore Gianni Gentilini

Sportello permanente di ascolto:

tutti i consiglieri e revisori dei conti

Osservatorio per la professione al femminile:

coordinatrice Monica Costantini

Commissione per la medicina di genere:

coordinatore Maurizio Del Greco

Commissione riorganizzazione delle cure primarie:

coordinatrice Monica Costantini

Responsabile digitalizzazione dell'Ordine

e sito web:
Damiano Berti

BOLLETTINO MEDICO TRENTO NUMERO 02 - GIUGNO 2024

COMITATO DI REDAZIONE:

Consiglio dell'Ordine

Direttore Responsabile: **Marco Ioppi**

Segretario di redazione: **Michele Caliarì**

Ettore Zampiccoli

Editore: Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri

della provincia di Trento

CONTATTI:

Tel. 0461 825094 - Fax 0461 829360

info@ordinemediciti.it

Ordine: segreteria.tn@pec.omceo.it

Odontoiatri: presidenzaao.tn@pec.omceo.it

GRAFICA, PUBBLICITÀ:

OGP srl - Agenzia di pubblicità

Via dell'Ora del Garda, 61 - Tel. 0461 1823300

info.ogp@ogp.it - www.ogp.it

STAMPA:

Nuove Arti Grafiche - Trento

Innovazione e sostenibilità per i tuoi eventi in Trentino

@APT Garda Dolomiti SpA



Centro Congressi

Tecnologie innovative in 12 sale modulabili
con luce naturale e spazi esterni
per unire il leisure alla formazione



Spiaggia Olivi

Un luogo unico ed esclusivo dove
organizzare momenti indimenticabili
di convivialità e networking



ITAS Forum

La nuova e modernissima struttura
per ospitare convegni e riunioni
nel centro di Trento

La nostra esperienza e professionalità a supporto nell'organizzazione del tuo evento

Riva del Garda Fierecongressi S.p.A.
Loc. Parco Lido
38066 Riva del Garda (TN)
+39 0464 570139

meeting@riva.fc.it
www.rivadeldgardacongressi.it

info@spiaggiadolivi.com
www.spiaggiadolivi.com

info@itasforumeventi.it
www.itasforumeventi.it



Intelligenza artificiale: è il tema ormai dominante dei vari dibattiti ed interventi sia sulla stampa generalista che su quella specializzata. Questa intelligenza artificiale, vera e propria rivoluzione al pari, se non di più, di quella che trent'anni fa il dilagare di internet, che vantaggi o svantaggi porterà nei vari ambiti? Sarà un aiuto per i vari

professionisti o li porrà di fronte a sfide nuove, magari oggi impensabili. Il Bollettino dell'Ordine dei medici intende aprire su questo tema un dibattito, invitando tutti ad esprimere opinioni, valutazioni, dubbi e domande. Cominciamo in questo numero con tre qualificanti interventi. Eccoli a seguire.

Medico secondo tradizione o tecnomedico?

“Negli ultimi decenni il sistema sanitario sta vivendo una trasformazione senza precedenti anche grazie alla tecnologia digitale e all'intelligenza artificiale (AI), che oltre alle innovazioni diagnostiche e terapeutiche introdotte sta cambiando radicalmente il modo di concepire la medicina e, di conseguenza, anche il ruolo del medico.

È un cambiamento di paradigma che va ad incidere ed andrà a modificare sempre più gli atti sanitari: dalla digitalizzazione della cartella clinica che ci permette di superare le differenze regionali e migliorare molti aspetti dalle liste di attesa, alla prenotazione delle prestazioni sanitarie, alla realizzazione dei servizi di prossimità, alla regolamentazione della telemedicina per migliorare i rapporti fra specialisti e medici del territorio e fra medici e pazienti. Con i dati digitalizzati si possono realizzare piattaforme accessibili alle analisi, alle ricerche e all'intelligenza artificiale che, attraverso le sue applicazioni, ci permetteranno di migliorare la precisione diagnostica, ridurre i tempi di cura, prescrivere farmaci personalizzati e addirittura prevenire le malattie o predire la risposta dei pazienti alle terapie.

La tecnologia sta anche modificando radicalmente l'approccio all'intervento chirurgico grazie all'introduzione

di specifici devices, della radiofrequenza e degli ultrasuoni, di sistemi sofisticati di visione che hanno consentito di acquisire e di praticare manovre sempre più complesse e ottenere progressi che hanno toccato i massimi livelli con l'introduzione delle piattaforme robotiche, con la prospettiva di modificare significativamente le modalità decisionali del medico anche in sede intraoperatoria.



Marco Ioppi

In questo contesto, viene da chiedersi se il medico come figura tradizionale stia diventando obsoleto o se sia possibile coniugare la professione con le innovazioni digitali per poter ampliare le capacità di cura. È indubbio che la medicina sempre più all'insegna della AI offre enormi vantaggi, ma allo stesso tempo suscita non poche perplessità che consigliano prudenza. La più rilevante sta nella complessità di creare database omogenei che permettano di 'insegnare' ai software di AI come estrapolare la diagnosi finale da una serie di variabili spesso non facilmente catalogabili e nell'attendibilità degli stessi. Non trascurando un argomento cruciale legato ai problemi etici e alla necessità di considerare l'aspetto umano che fa dell'empatia l'elemento che caratterizza il rapporto medico paziente. A questo proposito, al XXIV congresso nazionale della Pastorale della Salute CEI, che si è tenuta il 17 maggio 2023, il presidente della FNOMCeO Filippo Anelli affermava che “è impensabile che un medico faccia diagnosi solo guardando la TAC, che consideri la terapia come l'unica soluzione del problema “malattia” senza considerare il disagio che c'è dietro per il quale il paziente si rivolge a lui”.



Il medico, dunque, deve saper preservare l'unicità dell'individuo di fronte alla omogeneizzazione che la macchina evidenzia, distinguendosi nel fare diagnosi personalizzate; deve basare il suo agire sulla conoscenza diretta della persona e il contatto, anche fisico, che si realizza con la visita, oltre che sulla competenza acquisita attraverso la formazione, lo studio e l'esperienza che lo mettono in grado di valutare la condizione di ogni singolo paziente, diagnosticarne la patologia e fornirgli il trattamento migliore. La sua presenza diventa imprescindibile sia nell'interpretazione dei dati clinici e strumentali di ogni singolo caso e soprattutto quando deve affrontare un'emergenza medica o chirurgica. Peraltro, la conferma di tale ruolo arriva da ambiti diversi ove l'evoluzione tecnologica si è arrestata di fronte a decisioni e scelte per le quali le indicazioni della macchina avrebbero potuto determinare conseguenze anche gravi sulle vite umane. Questo non significa che la tecnologia non sia una opportunità straordinaria per il medico, ma non deve rappresentare l'abbandono delle basi fondamentali della buona pratica medica quali sono l'ascolto attento dei sintomi, che

dovrebbero essere letti nella loro chiave fisiopatologica e l'esame obiettivo del corpo che svela indizi essenziali. Non vi è dubbio che l'attenzione deve essere massima soprattutto ora in cui stiamo assistendo dall'utilizzo della AI non solo nella Radiologia e nel Laboratorio di analisi, ma si sposta alle attività cliniche dove è fondamentale la relazione medico paziente che permette al medico di raccogliere la storia, l'anamnesi del paziente, ma anche il non detto, quel linguaggio non verbale fatto di espressioni, di atteggiamenti e di emozioni che possono cambiare il percorso decisionale e che la tecnologia, pure la più sofisticata, non è in grado di far emergere.

La tecnologia quindi costituisce un reale progresso solo se continua ad essere al servizio di quell'alleanza terapeutica tra medico e paziente e la supporta in maniera anche importante laddove si tratta di decisioni e non di scelte. Senza dubbio la tecnologia digitale ha solide basi positive. Ad esempio la telemedicina con il teleconsulto e la televisita hanno permesso di poter seguire pazienti ai quali, in tempo di Covid, non era possibile la visita e oggi offrono l'opportunità di un monitoraggio a

distanza dei pazienti cronici, previa accurata prima visita e periodici controlli anche in presenza. Oggi l'insidia è rappresentata dalla tendenza di far diventare la telemedicina un modello abituale di assistenza, con il rischio di perdere il contatto umano, di ridurre il paziente ad una serie di dati e di numeri da analizzare e dimenticare che perdere la capacità di empatia e non mantenere una presenza fisica con il paziente sono aspetti antitetici della pratica medica. In un mondo che considera la velocità un criterio di efficienza, i tempi della visita sono ridotti a valutazioni cliniche, che a causa della tempistica imposta, rischiano di diventare superficiali o comunque limitate o spesso inadeguate. **“Il tempo di comunicazione è tempo di cura: lo dice il nostro codice, lo dice ora anche la legge. Le cose devono cambiare a partire dalla formazione”** ha ribadito recentemente sempre il Presidente Filippo Anelli. In una intervista del 20 marzo scorso la professoressa Alessandra Graziottin così affermava: “Oggi, un giovane specializzando americano – residente – divide così il suo tempo medio di studio: un'ora e mezza al giorno con i pazienti e cinque ore e mezza con il computer, leggendo articoli scientifici o contribuendo a studi clinici”. E alla domanda: “Curerà persone o carte?” commentava: “Se l'attenzione al vero soggetto o oggetto di attenzione clinica, il corpo malato che sta chiedendo aiuto con i sintomi che la persona avverte e riferisce al medico, e i segni, le alterazioni del corpo visibili, ascoltabili e/o intuibili con un accorto ed esperto esame obiettivo, è sempre meno rilevante, ecco il passo critico: la negazione del corpo come testimone primo del problema, e il salto nella “comoda” telemedicina”.

Il medico ha un vantaggio che la tecnologia non gli può conferire: l'umanità, la gentilezza, attitudini da coltivare per comprendere le emozioni del paziente, per ascoltare le sue preoccupazioni e costruire quella relazione di fiducia che può influire positivamente sul processo di guarigione. Allo stesso tempo non può permettere di rimanere indietro rispetto ai tempi e alle innovazioni tecnologiche, riducendo la sua capacità di fornire cure efficaci e personalizzate. Uno dei principali compiti del medico di oggi è certamente quello di conseguire una competenza sugli strumenti e sulle piattaforme digitali, per comprendere come utilizzare l'AI in modo efficace e sicuro, far sì che il suo uso corrisponda ai principi base della bioetica e della esplicabilità, conoscerne le limitazioni e saper integrare le informazioni che essa fornisce con le proprie conoscenze mediche ed esperienze personali.

Deve far in modo di poter gestire le tecnologie e non venir sopraffatto da esse. In questo senso, la ricerca biomedica, la trasformazione digitale, la telemedicina e le nuove tecnologie di AI applicate a diagnostica e prevenzione, gli ospedali, il territorio e le imprese biomedicali



e farmaceutiche avranno sempre più bisogno di nuove competenze, figure dotate di conoscenze a cavallo tra medicina tradizionale e tecnomedicina per sviluppare nuove cure, creare device e nuovi strumenti.

Sta a noi condurre questo cambiamento attraverso vie che preservino l'integrità della professione e la nostra vera missione che nessuna macchina potrà sostituire: prenderci cura delle persone. Solo in questo modo verrà garantito il valore della tradizione in un mondo tecnocratico.

Intelligenza artificiale e deontologia medica

Il tema dell'intelligenza artificiale è così pervasivo e insistente nelle comunicazioni che quotidianamente si ricevono, sia sul piano professionale che su quello extraprofessionale, da poter persino dire che l'intelligenza artificiale rischia di stufarci ancora prima di affascinarci: rischio concreto legato all'abuso del termine che è da considerare con molta attenzione per non perdere gli innegabili vantaggi che potrebbero invece derivare.

Le previsioni di Global Market Insight riferiscono di una crescita annua nel 2025 del mercato dell'AI superiore al 41% (nel solo settore dell'imaging medico per il 30%).

Nonostante il bombardamento in atto, però, occorre dire che sicuramente le applicazioni che derivano da questa nuova scoperta impongono una seria riflessione sull'operato di ciascuno di noi, medici e odontoiatri, perché è un cambiamento destinato ad essere considerato una importante rivoluzione dell'agire quotidiano.

Le informazioni su questa innovazione, proprio perché rivoluzionaria, scatenano sentimenti estremamente diversi che passano dalla paura più refrattaria, condita da una atavica resistenza al cambiamento che alberga in molti animi, alla fascinazione estrema ed incondizionata.

Il dibattito scientifico è in corso ed è estremamente stimolante, e da esso possiamo sin d'ora trarre alcune preliminari basi di ragionamento e parametri.

Il primo punto riguarda senz'altro gli aspetti deontologici, vista anche la sede in cui questo argomento oggi viene affrontato, e l'impatto che l'introduzione dell'intelligenza artificiale in sanità avrà. Il tempo verbale futuro è necessario, perché è ben noto che un codice, qualunque esso sia, si adatta alla società e non viceversa. In altre parole, il codice recepisce un'esigenza dettata dal cambiamento avvenuto e pone delle indicazioni affinché si proceda nel solco della deontologia in virtù del mutamento avvenuto.

Per questo motivo allo stato attuale il codice di deontologia medica, il nostro codice di comportamento, è piuttosto generico e probabilmente insufficiente laddove prevede, all'art. 78, che "Il medico, nell'uso degli strumenti informatici, garantisce l'acquisizione del consenso, la tutela della riservatezza, la pertinenza dei dati raccolti e, per quanto di propria competenza, la sicurezza delle tecniche. Il medico, nell'uso di tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici, persegue l'appropriatezza clinica e adotta le proprie decisioni nel rispetto degli eventuali contributi multidisciplinari, garantendo la consapevole partecipazione della persona assistita. Il medico, nell'utilizzo delle tecnologie di informazione e comunicazione a fini di prevenzione, diagnosi, cura o sorveglianza clinica, o tali da influire sulle prestazioni dell'uomo, si attiene ai criteri di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza, nel rispetto dei diritti della persona e degli indirizzi applicativi allegati".

Non c'è spazio qui per descrivere nel dettaglio il funzionamento dell'intelligenza artificiale, ma basti soltanto ricordare che vi può essere in essa una parte oscura, c.d. black box, che rende non comprensibile all'utilizzatore e al fruitore, in questo caso quindi rispettivamente al medico e al paziente, il processo logico che soggiace ad una risposta automatizzata; del pari non è noto come il dato inserito- meglio: i dati inseriti- vengano analizzati e utilizzati. Ciò comporta ovviamente un rischio di vulnerabilità per quanto riguarda il codice deontologico che potrebbe essere violato, forse senza consapevolezza del medico, ma poco cambierebbe poi sul piano pratico.



Guido Cavagnoli

Per questo la consulta deontologica nazionale, coordinata da Pierantonio Muzzetto della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi, degli Odontoiatri, insieme al Board interdisciplinare di deontologia, è al lavoro dal febbraio del 2023 per la stesura del nuovo codice di deontologia medica e sicuramente vi sarà ampio spazio, al suo interno, per una revisione dell'art. 78 o per l'aggiunta di altri articoli specifici su questa tematica.

Avremo quindi a breve notizie circa le possibili formulazioni di questa parte del nostro codice, che sicuramente saranno di guida nell'operato quotidiano.

Nel frattempo pare opportuno avanzare alcune riflessioni, che ci portino a considerare non solo l'impatto ma soprattutto la corretta utilizzazione di questo nuovo strumento.

Il primo aspetto riguarda sicuramente la necessità di adeguare i nostri ragionamenti e le nostre abitudini perché, come diceva Mark Twain, "l'abitudine è l'abitudine, e non deve essere gettata fuori dalla finestra da nessuno; ma persuasa a scendere le scale un gradino alla volta". Infatti, l'aver sempre fatto una cosa in una certa maniera, non significa che quello sia l'unico modo di farla e soprattutto che sia giusto farla così. Tante innovazioni hanno miglio-

rato la qualità della cura e anche, diciamo, degli operatori che oggi sembrerebbe folle scrivere, per esempio, una lettera di dimissioni con la macchina da scrivere, solo per fare un banale esempio. Ma allo stesso tempo non dobbiamo buttare giù dalle scale le nostre consuetudini e perdere le nostre esperienze, gestendo il passaggio con tutte le cautele ma senza apprensioni.

Tra gli aspetti problematici oggi individuabili alcuni meritano delle riflessioni.

Il primo, che emerge già da quanto poco sopra detto, riguarda la necessità di apprendere un nuovo modo di fare le cose, e quindi oltre alla resistenza al cambiamento insita in ciascuno di noi, anche la fatica di dover imparare. Ciò inevitabilmente in una prima fase rallenta i processi, perché la stessa cosa richiede inizialmente un tempo maggiore; nell'esempio della lettera di dimissioni, abbiamo dovuto imparare a usare il computer, mentre la macchina da scrivere "era così comoda!", e questo ha comportato dei tempi di apprendimento.

Ai medici non sfugge certo che la fase di apprendimento, oltre a comportare un aumento del tempo nelle prime fasi, comporta anche degli errori. Si consideri la c.d. curva di apprendimento in tutte quelle procedure chirurgiche dove è più facile sbagliare quando si è meno esperti con una tecnica nuova.

E questo porta inevitabilmente a ragionare in termini di responsabilità che è argomento al giorno d'oggi molto sentito.

La domanda che spesso si sente ripetere al momento è: "ma se l'intelligenza artificiale sbaglia, di chi è la colpa?". La risposta è tutt'altro che semplice, perché interessando molti aspetti della responsabilità, tra i quali ad esempio l'ambito deontologico, quello penale e quello civile, essa andrebbe verificata nei diversi quadri.

Certo è che allo stato delle cose, non ci sono certezze su come un eventuale errore medico dovuto all'I.A. sarà gestito. Se da un lato essa ci consentirà di effettuare diagnosi più precise riducendo la percentuale di errore, non potrà certo assumersi le responsabilità, deontologica o penale ad esempio, che sono personali. Ma d'altro canto, cosa cambierebbe rispetto all'interpretazione errata di un dato di laboratorio o di un'immagine TAC?

Dobbiamo quindi prepararci a governare questo grosso cambiamento per poterlo sfruttare a vantaggio dei pazienti e nostro, senza lasciarci sovrastare o spaventare.

Una nuova sfida ci attende, non facciamoci trovare impreparati.



Intelligenza artificiale nella relazione medico-paziente



Il progresso tecnologico e in particolare l'applicazione dell'Intelligenza Artificiale (I.A.) nel campo della medicina sembrano minimizzare l'importanza della relazione medico-paziente e il ruolo che essa gioca nell'efficacia terapeutica. L'impressione è che il successo tecnologico porti a sottovalutare il ruolo terapeutico della relazione medico-paziente o addirittura a ignorare cosa essa significhi e soprattutto in cosa consista.

Cosa significa dunque una buona relazione medico-paziente e perché essa è così importante? Perché è importante che vi sia una buona relazione medico-paziente anche e soprattutto nell'era dell'intelligenza artificiale?

Senza una buona relazione terapeutica, si concretizza il rischio che l'efficacia terapeutica si riduca.

Sono ancora oggi di grande attualità quello che scriveva il medico ungherese Balint nel suo celeberrimo libro "Medico, paziente e malattia" (1957):

«(...) **il farmaco di gran lunga più usato** in medicina generale è il **medico stesso**. (...) Non è soltanto la bottiglia di medicina o la scatola di pillole che contano, ma anche il modo in cui il medico la offre al suo paziente – in verità, tutta l'atmosfera in cui la medicina viene data e presa».

«(...) non esiste ancora una farmacologia di questa importante medicina (...): in nessun testo, si trova una qualunque indicazione sulla dose in cui il **medico deve prescrivere se stesso**.



Antonio La Torre

Sotto quale forma e con quale frequenza si deve "somministrare il medico?" Qual è la sua dose di attacco e quale quella di mantenimento? (...) » (Balint).

A distanza di più di 60 anni, le domande di Balint rimangono attuali e apparentemente senza risposte, ma la pratica clinica di molti sembra oggi prestarvi poca attenzione.

Il medico continua a rappresentare il "farmaco" più frequentemente prescritto, ma la sua farmacologia (l'azione terapeutica, la posologia, la tossicità, gli effetti collaterali, ecc.) rimane sostanzialmente sconosciuta.

Spesso si tende a concepire la guarigione come il risultato del «solo» trattamento farmacologico, ma i fattori che concorrono all'efficacia della terapia hanno a che vedere con ambiti ben più ampi, includendo anche le rappresentazioni simboliche e i codici culturali condivisi all'interno di una società.

La relazione umana è dunque fondamentale per l'efficacia delle cure; l'efficacia di una terapia farmacologica è influenzata dalla qualità del rapporto medico-paziente. Nella terapia del dolore, alcuni autori (Benedetti e coll., 2012a, 2012b, 2015) hanno dimostrato che una sostanza inerte (placebo, priva di azione terapeutica) può avere un'azione terapeutica se c'è una buona relazione medico-paziente. Ciò è possibile grazie a meccanismi analoghi a quelli dei farmaci, che attivano specifici recettori. Gli stessi autori aggiungono che «(...) quando al paziente viene somministrato un placebo insieme con suggestioni verbali di beneficio terapeutico, il suo cervello comincia a rilasciare almeno due sostanze: le endorfine e gli endocannabinoidi (...). Complessi meccanismi e circuiti neuronali sono implicati in funzioni cerebrali superiori quali fiducia, speranza, empatia, compassione». La prescrizione farmacologica deve dunque avvenire all'interno di una relazione terapeutica: l'efficacia farmacologica è condizionata da una interazione umana nella quale concetti come fiducia, speranza, empatia, compassione sono essenziali.

Quali sono dunque gli “ingredienti” per una buona relazione terapeutica? Quali sono i fattori che rendono possibile una buona relazione terapeutica?

Primo fattore è il tempo di cura, con la consapevolezza che «prendersi cura» ha un significato diverso e molto più ampio e complesso del «curare»: curare si lega ad una concezione di intervento clinico in cui prevale il lato biologico, il prendersi cura fa invece riferimento ad una concezione olistica della persona, fatta di bisogni organici ma anche relazionali ed emotivi.

Scrivono Asioli (2019) in un suo recente contributo:

«La Medicina si occupa del corpo. Rispetto a questo compito che costituisce l'impegno a cui i medici dedicano la loro vita, la lingua tedesca può aiutarci a comprendere una questione centrale del problema che si vuole affrontare. Per definire il corpo, in questo idioma si utilizzano due parole distinte, Körper e Leib, che hanno significati molto differenti. Il corpo, nella sua accezione fisica, materiale e meccanica viene definito come Körper». Il «corpo anatomico (Körper)» e il «corpo vissuto (Leib)» sono in realtà due facce della stessa medaglia di cui ogni medico deve tenere conto.

In sostanza tutto ciò significa che non si può curare chi non si conosce, non ci si può far curare da chi non si conosce (Asioli, 2019).

Conoscere una persona significa avere il tempo per costruire una relazione di fiducia all'interno della quale possono emergere le sue aspettative e i suoi bisogni di assicurazione, all'interno della quale il paziente possa sentire vicino a sé il medico: oc-

corre una medicina basata sulle aspettative (del paziente, ma anche del medico) e non soltanto sulle evidenze, nel bene come nel male.

A tale proposito è importante ricordare che gli strumenti diagnostici di cui oggi dispone la medicina sono straordinari: ci permettono di vedere dettagliatamente all'interno del corpo del paziente. Questi hanno sostituito la manualità della semeiotica, la palpazione, l'auscultazione. Queste pratiche sono sostanzialmente scomparse. «Ma con queste **è scomparso anche il potere rassicurante che hanno le mani nel toccare le persone**» (Asioli, 2019). Paradossalmente oggi, la costruzione del rapporto di fiducia è in parte ostacolata da un progresso tecnologico che ha determinato una maggiore distanza “fisica” dal paziente. La costruzione di un rapporto di fiducia è tuttavia una questione assai complessa. Purtroppo oggi si è persa la complessità intesa come ricerca di senso nell'esperienza di malattia (Bruzzone, 2021).

Scrivono Di Petta: «un riduzionismo esasperante rifiuta la complessità sostituendola (in modo ingannevole) con tutto ciò che è “easy”. La diffusione di una modalità easy non permette più di trovare il senso e conseguentemente le possibilità di affrontare la malattia. Dopo l'avvento delle teorie della complessità, avvenuto alla fine del secolo scorso, sembra che le società post-moderne o iper-moderne stiano flirtando sbrigativamente



—Il mondo Mezzacorona e Rotari

TRENTINO

Visite guidate con degustazione

—Proponiamo visite personalizzate (in italiano, inglese, tedesco e francese) con degustazioni guidate di spumanti Rotari Trentodoc e vini Mezzacorona Trentino DOC in abbinamento a prodotti tipici del territorio.

Visitate il nostro Wine Shop

—Vi aspettiamo presso il Punto Vendita per offrirvi vini dai profumi e aromi inconfondibili che rispecchiano la natura e la purezza del Trentino.


MEZZACORONA
1904


ROTARI
TRENTODOC

Shop
—Wine shop Mezzacorona
Via Tonale 110 - SS 43 Val di Non 38016

♥ Per visite e degustazioni guidate in Cantina: +39 0461 616300/1, visite@mezzacorona.it

con la semplicità, o con la semplificazione (riduzionismo). Viviamo in un mondo easy. Ci spostiamo come-dove-quando vogliamo, grandi masse si spostano abolendo le barriere del tempo e dello spazio. Non c'è più tempo per le cose difficili, complicate, complesse. La complessità non è più di moda. I percorsi di istruzione si scheletrizzano. Non si studia più su tomi polverosi e gravosi. Le informazioni si inseguono nell'etere e durano lo spazio di un mattino. Siamo iperconnessi, stiamo poco con i nostri pazienti, parliamo poco, anche con gli amici o con i partner amorosi, con i figli o con i vicini di casa. Tutto ciò che è complicato, complesso, come stare, parlare, ingaggiarsi, impegnarsi, progettare sul medio lungo termine è fuori moda. Le tecniche che si affermano in tutti i campi, rispondono ai criteri di costi bassi, funzionalità, e poi via, sostituzione. Questo è easy. La forma e la consistenza delle nostre automobili, delle nostre motociclette, delle nostre case, dei nostri vestiti, risponde a questo. Anche la medicina d'organo è così. Addio semeiotica, addio *observatio et ratio*» (Di Petta).

Prevalgono imaging e dati a tappeto, protocolli, e così via. E la Medicina? Come ogni pratica artigianale, si presta male alla modalità easy. La Medicina richiede tempo, vuole spazio. Il tempo e lo spazio sembrano avere costi sociali insostenibili. Tuttavia un'anamnesi via chat ed una lista di farmaci non saranno mai sufficienti per sostituire una relazione terapeutica così come una chatbot non potrà mai avere la stessa efficacia di un dialogo con un

operatore umano. Perfino il think tank britannico "Centre for labour and social studies (Class)" ha pubblicato un articolo in cui emergono le prime forti perplessità degli stessi camici bianchi sugli effetti che l'applicazione di Babylon Health avrà sui pazienti e sulla professione medica (Redazione Enpam, 2019).

Le parole di Balint tornano quanto mai attuali: l'interazione umana, insegna Balint, rimane la condicio sine qua non per l'efficacia di una cura e per la costruzione di un rapporto di fiducia.

Cosa occorre dunque oggi? Per dirla alla maniera della dr.ssa Quadrino (2019), i medici devono imparare a sapere dialogare col paziente, riuscendo ad attivare un "processo decisionale condiviso".

Quadrino spiega infatti che il medico deve esercitare un'attività di "condivisione" piuttosto che di "persuasione".

«Questo significa che il medico ha le competenze necessarie per individuare il percorso terapeutico da proporre al paziente, ma limitarsi a proporglielo, o ancor peggio tentare di imporglielo quasi mai funziona. Non solo non è etico, ma è anche inutile sul piano della efficacia della comunicazione. È necessario attivare un processo di decisione condivisa, che richiede una serie di atti comunicativi precisi che, in genere, i medici non



sono preparati ad utilizzare. Così si finisce per utilizzare la modalità paternalistica, tipo **“Credimi, ti dico io quello che ti fa bene, fidati”**, o quella aggressivo-difensiva **“Se non ti fidi sei cattivo, ce l’hai con me, sei stupido, sei male informato”** che si trasforma facilmente in una relazione conflittuale. I medici devono riflettere, anche a partire dalle proprie esperienze personali, sul fatto che non è possibile attivare i comportamenti dell’altro dicendogli semplicemente che deve fare così, o fornendogli le informazioni che confermano la giustezza della nostra proposta. Quindi il punto è saper attivare un processo decisionale condiviso» (Quadrino, 2019).

Continua Quadrino: «Sempre più frequentemente i medici si trovano di fronte pazienti informati, spesso agguerriti, convinti delle proprie posizioni maturate all’interno delle cosiddette echo chamber.

Ma mettere in atto una sorta di “braccio di ferro” con il paziente, per cui dovremmo gridare più forte, rivendicare la nostra competenza, imporre l’appropriatezza, non porta a nessun risultato e compromette la relazione (...). La cosa importante è che si parli di comunicazione e non di lezioni di psicologia: c’è ancora la convinzione che imparare a comunicare significhi fare un po’ gli psicologi, ma non è così: quello di cui hanno bisogno i pazienti è uno scambio comunicativo competente con il loro medico, ed è questo che il medico deve imparare a fare» (Quadrino, 2019).

I pazienti non hanno bisogno solo di essere informati: hanno bisogno di relazioni umane all’interno delle quali le informazioni vengono condivise in quel clima di fiducia, speranza, empatia, compassione di cui scrivono Benedetti e coll. Quella stessa fiducia che ha portato lo stesso Benedetti a scrivere un libro dal titolo eloquente: “la speranza è un farmaco” (Benedetti, 2018).

Le chatbot possono disporre di una mole di informazioni che nessun essere umano potrà contenere in sé, ma per ogni medico dovrebbe valere l’aforisma del filosofo francese Henri Bergson: **«La comunicazione avviene quando, oltre al messaggio, passa anche un supplemento di anima»**.

Purtroppo quel riduzionismo esasperante di cui si parlava sopra illude in modo ingannevole che una chatbot possa un giorno sostituirsi ad un medico in carne ed ossa.

Certamente le innovazioni tecnologiche saranno di fondamentale supporto per i professionisti sanitari, ma non potranno mai sostituire una relazione umana. L’Intelligenza Artificiale sarà di aiuto a medici e pazienti se consentirà lo sviluppo e il consolidamento della relazione medico-paziente, ma non potrà mai sostituirla né abolirla.

Senza avere la pretesa di essere esaustivi, in sintesi i principali ingredienti per una efficace relazione di cura sono i seguenti:

1. La qualità del tempo di cura, cioè quello necessario per costruire una relazione di cura: la relazione è tempo di cura.
2. Un processo decisionale condiviso attraverso uno scambio comunicativo competente con il medico (Quadrino, 2019).
3. Una relazione tra due umani. Scrivono in proposito Pravettoni e Triberti (2019):

«Le macchine però non possono prendere decisioni.

- Non sono in grado di selezionare un’alternativa rispetto a un’altra, secondo determinati criteri: non possono decidere cosa è giusto o meglio fare per aiutare una persona malata perché non hanno realmente nozione di questi concetti;
- Non possono aiutare qualcuno in modo significativo perché non sono capaci di comprendere emozioni, interazioni, bisogni profondi;
- Non possono decidere della vita di qualcuno perché nessuna realtà sanitaria intende delegare questa autorità a un computer.

Queste attività, che consideriamo i veri compiti della medicina nella sua forma più alta, possono essere svolti solo dalle persone» (Pravettoni e Triberti, 2019).

Un ulteriore e fondamentale “expertise” è richiesta oggi agli operatori sanitari: la competenza consiste nella capacità di creare e mantenere una connessione tra i processi di digitalizzazione in sanità e l’umanizzazione delle cure (Pravettoni e Triberti, 2019).

In altri termini, la gestione della relazione medico-paziente diventerà sempre più complessa: i medici dovranno essere capaci di gestire la dirompente mole di dati tecnologici prodotti dalla I.A. all’interno di una interazione umana in cui il “Paziente” non solo è capace di autodecisione (vedasi il concetto di empowerment), ma si trova “(...) inserito in un modo virtuale che gli permette paradossalmente di conoscere tutto o quasi sulla propria condizione di salute/malattia, aumentando così la consapevolezza del proprio stato, le possibilità terapeutiche, le aspettative per il futuro” (Ruberto, 2011) . “

Sanità: le sfide che ci attendono

Intervista al nuovo assessore Mario Tonina

C

on la nuova giunta provinciale Fugatti, Mario Tonina è stato nominato assessore alla sanità. Subentra a Stefania Segnana. Tonina è un politico di lungo corso, esperto e capace di dialogare. Peraltro è anche vero che l'assessorato alla sanità è un carico di grande responsabilità, sia perché la sanità è un tema che tocca tutti i cittadini, sia perché la sanità è in crisi da anni, non solo in Trentino. Il compito che quindi aspetta l'assessore Tonina non è da poco. Abbiamo voluto sentire l'assessore per capire come in prospettiva intende muoversi e quali sono le ricette che vorrebbe mettere in atto. Ecco il testo della chiacchierata.

Sia a livello nazionale che a livello locale la sanità è in difficoltà: mancanza di fondi, difficoltà a reperire medici e personale infermieristico ecc... Lei nelle settimane scorse ha compiuto un'operazione ascolto visitando tutti gli ospedali del Trentino. Quale fotografia ne è uscita?

Ho voluto iniziare il mio mandato con quella che ho chiamato operazione ascolto: sette visite attraverso le diverse realtà ospedaliere della nostra Azienda per sentire dalla voce di chi quotidianamente opera sul territorio le priorità, i

punti di forza e le criticità della nostra sanità. Visite che sto proseguendo in queste settimane alle RSA. E questo perché sono convinto che solo attraverso la conoscenza dei luoghi e delle persone che vi lavorano si possono capire le esigenze del territorio e programmare al meglio le politiche sanitarie e sociali del futuro. Ne è emerso un quadro dettagliato con punti di forza e criticità sulle quali dobbiamo puntare l'attenzione. Molte criticità già erano a conoscenza dell'esecutivo, penso alla carenza dei professionisti un problema di livello nazionale, o alle risorse che vanno investite con accuratezza, temi che si intrecciano con due grandi sfide fra loro interconnesse e che ci attendono nel prossimo futuro, la denatalità e il progressivo invecchiamento della popolazione con l'aumento delle cronicità. È evidente che per dare risposte a problematiche estremamente complesse, che non sono strettamente legate al nostro territorio e dipendono da tanti fattori e variabili, dobbiamo essere in grado di mettere in campo azioni di programmazione, che siano lungimiranti. Da parte mia ho iniziato a lavorare da subito con l'Azienda sanitaria per individuare soluzioni puntuali ai singoli problemi, ma anche dare risposte, sul lungo periodo anche attraverso la nostra speciale Autonomia che può aiutarci ad individuare nuovi percorsi.



Mario Tonina

In particolare per la carenza di medici come pensa di intervenire?

Parlavo poco fa di programmazione: la disponibilità dei professionisti è uno dei punti cruciali sui quali si giocherà la sostenibilità del sistema sanitario pubblico. Quei professionisti che hanno fatto la differenza durante l'epidemia da Coronavirus e che ancora la fanno, sul piano professionale ed umano. La risposta non può che essere di lungo periodo: per questo nel 2020, grazie a un Accordo quadro fra Provincia, Azienda sanitaria e Università di Trento e di Verona, la passata amministrazione ha voluto attivare il Corso di laurea interateneo in medicina e chirurgia, un percorso che consentirà di arrivare all'istituzione dell'Azienda sanitaria universitaria integrata trentina con una solida base di professionisti, che diverrà fondamentale non solo per reclutare ma anche per

trattenere il personale attraverso nuove opportunità di carriera per i sanitari delle nostre strutture. Accanto alla sinergia importante fra i due atenei, che ha portato prima all'apertura dei corsi di laurea delle professioni sanitarie e poi alla "Scuola" di medicina, si sta infatti lavorando molto su un'offerta formativa differenziata, con percorsi in grado di distinguersi all'interno dell'offerta formativa italiana. Ad esempio innestando sugli insegnamenti di stampo tradizionale competenze di tipo tecnologico e strumentazioni di avanguardia. Sono stati attivati orientamenti tematici peculiari come Terapia radiante avanzata, Medicina di precisione, Robotica in medicina, Medicina ricostruttiva e rigenerativa, Intelligenza artificiale in medicina, Terapia genica e cellulare, Intelligenza artificiale per la diagnostica per immagini, Promozione della salute, prevenzione e corretti stili di vita. E se da un lato dobbiamo lavorare di più per orientare i ragazzi già dalle scuole superiori verso le professioni della salute, dall'altro dobbiamo realizzare programmi di tirocinio a favore dei nostri studenti, che si stanno formando sul territorio e devono specializzarsi all'interno dei nostri ospedali. Vogliamo diventare attrattivi, investendo sul nostro personale sia attuale che futuro, creare le condizioni per un ambiente di lavoro che sia sempre più stimolante e qualificante, agganciato al mondo della ricerca e a quello della formazione.

In campagna elettorale qualche candidato, anche medico, ha chiesto l'abolizione per i medici di esercitare attività privata dentro gli ospedali. Ovvero sì attività privata ma extra moenia. Qual è il suo parere?

Come sappiamo l'attività libero-professionale intramuraria rappresenta l'attività che la dirigenza del ruolo sanitario medica e non medica, individualmente o in équipe, esercita fuori dell'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'assistito pagante, ad integrazione e supporto dell'attività istituzionalmente dovuta. Tale attività è prevista dalla normativa nazionale ed è regolamentata dai relativi Contratti collettivi di lavoro nazionali e provinciali, rappresentando pertanto un diritto del professionista medico, seppur nel rispetto della legge, dei contratti collettivi e dei regolamenti aziendali.

La normativa nazionale in materia prevede peraltro che per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale e al fine di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, quest'ultima non può comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. Pertanto, l'attività istituzionale deve essere prevalente rispetto a quella libero professionale, principio questo costantemente oggetto di verifica da parte dell'organo competente dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

In conclusione, i dirigenti medici del S.S.N. hanno il diritto di esercitare la libera professione al di fuori del loro normale orario di lavoro e di scegliere se farlo all'interno dell'Azienda sanitaria di appartenenza (cioè in regime "intramurario") oppure se hanno optato per un rapporto di lavoro non esclusivo, presso propri ambulatori o altro, previa comunque autorizzazione dell'Azienda sanitaria datore di lavoro.

Per abbreviare i tempi di attesa per le visite non sarebbe il caso di chiedere ai medici di lavorare anche il sabato, come accade in altre Regioni?

Due parole poi sulle liste di attesa, il cui contenimento è fra gli obiettivi che la Provincia assegna annualmente all'Azienda sanitaria. Nel corso del 2024 saranno implementate nuove attività e azioni per migliorare da un lato i tempi di attesa, sia relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sia per i ricoveri chirurgici programmati, dall'altro per monitorare il rispetto dei tempi massimi di attesa. In tale prospettiva sono strategiche le azioni di reclutamento poste in essere dall'Azienda, così da poter garantire una migliore offerta. Il monitoraggio dei tempi di attesa, che è un'attività fondamentale per individuare le prestazioni sulle quali investire, sarà oggetto di adeguamenti rispetto alle recenti linee guida adottate a livello statale, finalizzate a rendere ancora più efficiente e trasparente tale attività e i siti web a questo dedicati, a beneficio dei cittadini e dell'amministrazione stessa.

Sull'utilizzo del sabato per effettuare visite ed esami è sicuramente da prendere in considerazione, ma non è il solo strumento in quanto per governare le liste d'attesa e risolvere le situazioni più critiche di attese troppo lunghe, è necessario mettere in atto sinergicamente interventi di diversa natura tra cui la promozione di una sempre maggior appropriatezza prescrittiva che si attua soprattutto attraverso la possibilità di un confronto costante tra prescrittore e specialista, utilizzando ad esempio il teleconsulto.

Ospedale di Trento: le giunte Dellai/Rossi in quindici anni non sono riuscite a pubblicare un bando valido per la costruzione del nuovo polo ospedaliero. Ora il Presidente ha nominato un commissario: a che punto è l'iter e che tempi prevede?

Allo stato è stata avviata la fase per l'individuazione del gruppo che dovrà progettare il Nuovo Polo Ospedaliero. Nel corso del mese di maggio saranno diramati gli inviti ai nove gruppi internazionali di progettazione che si sono qualificati in risposta all'avviso di preselezione. La gara si baserà sul quadro esigenziale e di indirizzo alla progettazione elaborati da APSS e Università per rispondere in termini prestazionali alle funzioni che troveranno colloca-



zione nel nuovo Plesso ospedaliero. Si confida di poter far partire l'appalto dei lavori entro la fine del prossimo anno e rispettare il cronoprogramma presentato alla Giunta provinciale.

Si è discusso molto dell'ospedale di Cavalese: ristrutturarlo o costruirne uno nuovo?

Nella riunione, che era stata fatta lo scorso mese di marzo insieme ai sindaci e alla Comunità della Valle di Fiemme, alla quale ho partecipato con il presidente della Provincia Maurizio Fugatti è stato impostato il lavoro che dovrà guidarci nei prossimi mesi e che vede come cardine la parola condivisione. Ovvero, sì alla costruzione di una nuova opera, ma è essenziale che sia condivisa con il territorio sia per la localizzazione della futura sede, sia sul fronte dei passaggi tecnici che ci porteranno ad assumere questa decisione. Lo scorso anno infatti l'esecutivo aveva avviato una procedura di localizzazione di massima, in ottemperanza alle norme di attuazione del Piano Urbanistico Provinciale, in un'area territoriale compresa tra i comuni di Cavalese e Predazzo, aprendo comunque all'approfondimento per un'individuazione nell'area Dossi a Cavalese. Questa procedura sarà completata con tutte le valutazioni ambientali connesse ma poi spetterà alla Comunità di Valle, ovvero ai territori coinvolti, la localizzazione definitiva e puntuale del nuovo ospedale delle Valli di Fiemme, Fassa e Cembra, attraverso il Piano Territoriale di Comunità.

Si parla molto delle difficoltà del Pronto soccorso, quello di Trento in particolare. Non ritiene che il Pronto soccorso potrebbe essere alleggerito se i medici di base, a turnazione, garantissero nelle varie zone il servizio almeno fino alle ore 20 di ogni giorno, sabato e domenica compresi? In ogni caso non riterrebbe utile rivedere l'organizzazione dei medici di base sul territorio?

Le liste d'attesa e i Pronto soccorso sono stati i primi due temi che come Assessore ho posto all'attenzione del direttore generale dell'Azienda sanitaria. Nei Pronto soccorso si riscontra un importante problema legato all'appropriatezza. Oggi i codici bianco e verde rappresentano i due terzi degli accessi e la maggior parte di essi sono concentrati in determinate ore della giornata o in determinati giorni.

Da alcune settimane si è aperta presso l'Assessorato la contrattazione con la Delegazione trattante della medicina generale e stiamo ragionando su nuove modalità organizzative della continuità assistenziale con un possibile supporto all'attività dei Pronto soccorso nonché, in applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale, sull'attivazione delle Aggregazione Funzionali Territoriali e delle Unità Complesse di Cure Primarie che potranno garantire una maggiore disponibilità di accesso dei cittadini alla medicina generale.



Non si può parlare di sanità parlando dei tempi biblici del Cup e del suo disservizio: lei come pensa di intervenire?

Per far sì che la situazione migliori è necessario fornire al CUP una programmazione degli appuntamenti di primo accesso che consenta al cittadino di poter effettuare la sua prenotazione al primo contatto senza essere costretto a richiamare molte volte e quindi sovraccaricare il sistema. Bisogna quindi avere tutte le "agende aperte" e prevedere che l'utente dopo il primo accesso se preso in carico e inserito in uno specifico percorso di cura-penso alle patologie croniche- sia gestito in modo completo con prescrizione e appuntamenti fissati da parte dello specialista.

Parliamo di case di riposo, nelle quali la situazione è sempre ai limiti. In Trentino sono sul mercato 200 hotel: non riterrebbe opportuno trasformarne qualcuno in hotel per anziani auto sufficienti?

In una recentissima pubblicazione dell'Università Bocconi, si legge che il Trentino ha un tasso di copertura del bisogno della popolazione anziana non autosufficiente 75+ tramite RSA pari al 27,1% (stesso valore dell'Alto Adige), contro una media italiana del 9,6%. Purtroppo non è sufficiente in questo momento storico pensare di aumentare i posti letto nelle RSA, non è sostenibile dal punto di vista delle risorse economiche, ma soprattutto non risponde ai bisogni che stiamo vedendo emergere e con il trend dell'invecchiamento della popolazione. Per questo motivo con la struttura provinciale e con l'Azienda sanitaria in particolare si

stanno facendo delle analisi approfondite della situazione in essere per poi arrivare a concertare con tutti gli attori del territorio che oggi si occupano di età anziana, una revisione del modello di risposta ai bisogni dell'anziano fragile e della rete familiare. Vogliamo arrivare a garantire percorsi di assistenza sostenibili nel medio-lungo periodo, proprio considerando il trend di crescita dei bisogni dei prossimi anni. Credo invece sia necessario ripensare il modello di risposta ai bisogni dell'anziano fragile e della rete familiare che sia sostenibile nel medio-lungo periodo considerato il trend di crescita dei prossimi anni. Significa migliorare il percorso di accesso ai servizi sociosanitari in una prospettiva di unitarietà e semplificazione; significa diversificare i servizi, innovarli, incrementare la qualità e l'appropriatezza delle cure e investire sul personale assistenziale. Significa anche migliorare e qualificare l'utilizzo e l'integrazione delle risorse pubbliche e private. In questo periodo sto visitando le RSA e ciò mi permette di conoscere da vicino queste realtà che sono una risorsa preziosa delle nostre comunità, da ascoltare e da valorizzare come presidi territoriali.

Invecchiamento, disabilità ma anche povertà. Sono sfide complesse, cosa sta facendo la Provincia?

Stiamo lavorando per rafforzare progetti individuali, che siano personalizzati, che favoriscano l'autodeterminazione e la partecipazione attiva delle persone. Questo avviene sul fronte del lavoro, dove si stanno avviando delle specifiche equipe multidisciplinari integrate tra politiche sociali e politiche del lavoro. Nel campo della disabilità, stiamo investendo molto sul tema dell'accompagnamento al progetto di vita e nell'ambito dell'abitare, perché inclusione ed autonomia abitativa vanno di pari passo, come inclusione e lavoro. Si continua, inoltre, nel potenziamento e sostegno alle attività di aiuto portate avanti dal Terzo settore e dell'associazionismo, che tanto hanno fatto durante il periodo del Covid e tanto stanno continuando a fare a favore delle persone più in difficoltà. Potenziare reti di supporto e di solidarietà che possano fornire risorse, servizi e opportunità diversificate ed integrate tra pubblico e privato è un lavoro prezioso da portare avanti, forti anche dell'autonomia speciale del Trentino e della Cooperazione.

Ettore Zampiccoli

Gli anticorpi si formano o pre esistono?

Dalla scoperta delle immunoglobuline alla origine genetica della diversità anticorpale: un lungo e affascinante percorso costellato di premi Nobel



In genere si è portati a credere che gli anticorpi si formino in seguito all'incontro con l'antigene. Le cose, invece, non stanno così, perché le ricerche hanno stabilito una realtà controintuitiva, frutto di un percorso che ha impegnato per lunghi anni le menti più vivaci e brillanti dell'Immunologia, con l'obiettivo di svelare i misteri della struttura, della formazione e della origine genetica della eterogeneità degli anticorpi.

Agli inizi degli anni '60 del secolo scorso, Rodney Porter e Gerald Edelman (premio Nobel 1972) definivano la struttura degli anticorpi, la cui natura gammaglobulinica era stata dimostrata nel 1938 da Arne Tiselius (premio Nobel 1948) e da Elvin Kabat.

Nella città di Jupiter, in Florida, all'ingresso dello Scripps Research Institute, si trova "L'Angelo dell'Ovest", una scultura moderna realizzata in acciaio, che rappresenta un anticorpo posizionato in un cerchio. Fa riferimento all'Uomo Vitruviano di Leonardo da Vinci, evidenziando così la similarità delle proporzioni tra l'anticorpo e il

corpo umano. La molecola immunoglobulinica ha infatti una peculiare configurazione a Y, costituita, secondo un modello tetrameric, di due catene pesanti (H) e di due catene leggere (L), unite da ponti disolfuro. I due bracci della Y sono formati ognuno da un pezzo di catena pesante e da una catena leggera. L'estremità dei due bracci costituisce il sito anticorpale, che si lega all'antigene, sicché ogni immunoglobulina ne ha due. Le catene pesanti sono di cinque tipi, ognuno dei quali caratterizza una classe immunoglobulinica: α per le IgA, δ per le IgD, γ per le IgG, μ per le IgM, ϵ per le IgE. Le catene leggere sono invece di due tipi: k e λ .



Michele Rubertelli

Le immunoglobuline sono presenti non solo nei liquidi biologici, con funzioni di difesa anticorpale, ma anche sulle cellule linfatiche, con funzione di recettori di membrana, sia delle cellule B (BcR), che delle cellule T (TcR), in questo caso insieme a una molecola CD3 del Complesso Maggiore di Istocompatibilità MHC. Il legame tra l'antigene e il recettore innesca l'attivazione e la proliferazione delle cellule B e la loro trasformazione in plasmacellule, che secernono anticorpi solubili con la stessa specificità del recettore di membrana.

Queste importanti acquisizioni avevano stimolato un vivace dibattito sulla origine degli anticorpi: questi si formano in seguito all'incontro con l'antigene corrispondente, oppure preesistono nel sistema immunitario indipendentemente dall'antigene stesso?

La teoria "istruttiva", o del "template" (stampo), sostenuta da Linus Pauling (due volte premio Nobel, nel 1954 e nel 1962), era la più semplice e intuitiva: gli anticorpi si formano di volta in volta adattandosi all'antigene, come un oggetto al suo stampo, o come la chiave alla sua serratura. Questa teoria però non aveva resistito alle critiche dei genetisti, per cui era stata abbandonata e sostituita dalla teoria "selettiva", sostenuta da Sir

F. Mac Farlane Burnet e Peter Medawar, premi Nobel 1960, e ulteriormente elaborata da N. K. Jerne, Caesar Milstein e George Kohler, premi Nobel 1984: il sistema immunitario è dotato di un corredo di anticorpi diretti verso tutti gli antigeni possibili. L'antigene, una volta entrato in contatto con il sistema immunitario, seleziona l'anticorpo dotato di maggiore affinità, stimolando la produzione di immunoglobuline anticorpali solubili. Sorgevano a questo punto ulteriori problemi di non facile soluzione e, per questo, oggetto di vivaci dibattiti: posto che gli anticorpi devono avere necessariamente una origine genetica, come era possibile conciliare l'elevato numero degli antigeni con l'ipotesi della predeterminazione degli anticorpi? Cioè, in poche parole, come era concepibile che un organismo, disponendo di un limitato numero di geni, avesse già codificate tutte le possibili combinazioni corrispondenti ai più svariati antigeni?

E questa variabilità anticorpale è già predeterminata nel patrimonio delle cellule germinali (teoria germinale), oppure è il risultato di meccanismi sconosciuti che intervengono durante la maturazione delle cellule B (teoria somatica)?

Ad affrontare questi problemi e risolvere quello che veniva considerato un enigma dell'Immunologia, fu Susumu Tonegawa, chiamato nel 1971 dal premio Nobel Jerne a lavorare presso il suo laboratorio di Basilea. Il giovane ricercatore giapponese, poco più che trenten-

ne, come prima cosa confermò su base sperimentale che l'estrema eterogeneità del repertorio anticorpale è preesistente alla esposizione all'antigene e che il meccanismo con cui si formano gli anticorpi è di natura genetica e si realizza nelle cellule somatiche e non in quelle germinali, confermando così la giustezza della teoria "selettiva" e di quella "somatica".

Risolto questo problema di base, Tonegawa passò a quello successivo, cioè al mistero della origine genetica della molteplicità e variabilità degli anticorpi, focalizzandosi su due peculiari caratteristiche genetiche della molecola immunoglobulinica. Si sapeva che ognuno dei due tipi di catene mostra una grande variabilità tra una molecola e l'altra nella regione del sito anticorpale (per questo definita V o "regione Variabile"). Si sapeva altresì che, stranamente, i geni codificanti per le catene pesanti e leggere sono posizionati su cromosomi differenti (il cromosoma 14 per le catene pesanti, il cromosoma 2 per le catene leggere κ e il cromosoma 22 per quelle λ). Poco invece si conosceva circa la struttura, il numero e il funzionamento di questi geni. Dopo aver chiarito anche questi ultimi aspetti, Tonegawa effettuò per molti anni una serie di esperimenti utilizzando le più avanzate tecniche di biologia molecolare allora disponibili, come la restrizione enzimatica e la tecnica del DNA ricombinante, messe a punto nel laboratorio del premio Nobel italiano (1975) Renato Dulbecco, riuscendo alla fine a formulare un model-



lo della ontogenesi immunitaria sostenuto da robuste evidenze sperimentali. Nel corso della maturazione delle cellule staminali in linfociti B, a carico dei pochi geni immunoglobulinici e delle loro sub-unità ereditati dalla linea germinale, si verifica una serie di riarrangiamenti del tutto casuali. Questi geni vanno incontro a delle ricombinazioni, a dei rimescolamenti, in seguito ai quali diversi frammenti di geni si riuniscono formando un unico gene completo che codifica per una singola specificità anticorpale. Le possibili combinazioni sono numerosissime ($10^6 - 10^7$), ampiamente sufficienti a dotare il sistema immunitario di un corredo sterminato di cellule B "vergini" (che non hanno incontrato l'antigene), munite di recettori immunoglobulinici di specificità le più diverse.

Quando un antigene entra nel sistema linfatico per la prima volta, viene passato in rassegna dalle cellule B "vergini", sicché avviene l'incontro tra l'antigene e un ristretto gruppo di queste

cellule dotate di una sufficiente affinità per esso. In seguito a tale incontro, le poche cellule stimulate mostrano una intensa proliferazione, che si orienta in due diverse maniere: produzione della risposta immunitaria primaria e generazione delle cellule B della "memoria". Nella risposta anticorpale primaria, le cellule B selezionate proliferano e si differenziano in plasmacellule anticorpopoietiche, che producono immunoglobuline uguali a quelle dei recettori delle cellule B da cui derivano, caratterizzate da una sufficiente specificità, ma da scarsa affinità per l'antigene. In questa fase le mutazioni sono molto rare. Al contrario, durante il percorso intrapreso dalle cellule "vergini" attivate, cioè nella generazione delle cellule B della "memoria", si verifica un vivacissimo processo di ipermutazione a carico delle immunoglobuline recettoriali di membrana. Si selezionano in tal modo, casualmente, mutanti sempre più specifici per l'antigene, fino a che le cellule B della "memoria" raggiungono un alto grado di affinità per l'antigene rispetto alle immunoglobuline presenti sulle primitive cellule B "vergini". Intervengono allora fenomeni di "switch isotipico", con montaggio di catene γ al posto di quelle μ , cioè con il passaggio dalle IgM alle IgG. Quando lo stesso antigene, che



ha stimolato le cellule della risposta primaria, entra di nuovo nell'organismo, le cellule B della "memoria" vengono selettivamente stimulate e rapidamente si differenziano in plasmacellule, con produzione di anticorpi ad alta affinità, di isogrupo di tipo "maturo", frutto di estese mutazioni somatiche nelle loro regioni "variabili" (V). Questo spiega il ben noto fenomeno della maturazione dell'affinità degli anticorpi nel corso di ripetute immunizzazioni e l'abilità del sistema immunitario di reagire ad antigeni a bassa concentrazione.

Sono dunque ben due i meccanismi genetici impegnati nella genesi anticorpale: il riarrangiamento genetico (dei geni della linea germinale), come causa della diversificazione degli anticorpi, e le ipermutazioni somatiche, come fonte di amplificazione della affinità anticorpale. Costituiscono la base di un modello straordinario e unico negli eucarioti, conferendo alla risposta immunitaria la massima flessibilità e modulazione necessarie per fronteggiare l'aggressione degli antigeni.

I due meccanismi operano in momenti diversi della ontogenesi anticorpale, perché il riarrangiamento interviene in una fase precoce, cioè quella che porta alla formazione delle cellule B

"vergini", ed ha lo scopo di creare un catalogo il più ampio possibile di cellule dotate di recettori immunoglobulinici di membrana con specificità verso un gran numero di antigeni. L'ipermutazione opera invece in una fase più tardiva, dopo l'incontro con l'antigene, ed ha lo scopo di produrre rapidamente un certo numero di cellule, dotate della più alta affinità per l'antigene stesso, che si espandono a scapito degli altri linfociti. Nel loro insieme questi meccanismi assicurano sia la possibilità di produrre anticorpi verso una enorme varietà di antigeni, sia l'elevata specificità e affinità della risposta anticorpale nei riguardi di un singolo antigene.

Il modello proposto da Tonegawa si dimostra di estremo interesse anche sotto il profilo evolutivo. Il sistema immunitario viene infatti inteso come una sorta di microcosmo Darwiniano, in cui finiscono con il prevalere, moltiplicandosi, solo le cellule con i recettori più specifici ed affini per l'antigene. E anche la duplicità dei meccanismi illustrati si dimostra funzionale a fronteggiare adeguatamente la rapidità di mutazioni degli antigeni.

Concludendo, secondo Tonegawa l'organismo non eredita un gene per ogni catena polipeptidica anticorpale. L'informazione genetica viene invece trasmessa nella linea germinale mediante qualche centinaio di frammenti genici, i quali, attraverso una serie di ricombinazioni somatiche specializzate, che si verificano durante la differenziazione dei B- linfociti, vengono assemblati in decine di migliaia di geni completi. Veniva così a cadere l'assioma "un gene una proteina". Ipermutazioni somatiche, che interessano casualmente questi geni assemblati, diversificano ulteriormente le catene polipeptidiche anticorpali in maniera che le cellule, in una fase più tardiva della loro differenziazione, abbiano recettori immunoglobulinici dotati di elevata affinità per un determinato antigene.

L'ambito delle problematiche affrontate da Tonegawa è di vastissima portata e le risposte che ha dato hanno fatto luce su alcuni tra i più fitti misteri dell'immunologia. Tra questi, la soluzione dell'enigma della origine genetica della diversità anticorpale e l'elaborazione di un modello esaustivo della ontogenesi degli anticorpi ancora oggi valido.

Al trentottenne Susumu Tonegawa nel 1987 venne conferito il premio Nobel per la Medicina.



Premio Pezcoller, la cerimonia di consegna alla vincitrice

Titia de Lange

C

on una cerimonia ufficiale al Teatro Sociale di Trento è stato consegnato sabato 11 maggio scorso alla dott.ssa **Titia de Lange** il 27° Premio Pezcoller – Aacr alla ricerca oncologica.

Ad accogliere la vincitrice, il presidente della Fondazione Pezcoller **Enzo Galligioni** e il presidente dell'Associazione americana di ricerca sul cancro (AACR) **Philip Greenberg**, insieme al presidente onorario della Fondazione **Gios Bernardi**, 101 anni.

Il Premio, del valore di 75.000 euro, viene assegnato ogni anno in collaborazione con la AACR, la più antica e rappresentativa a livello mondiale. I candidati alla selezione vengono proposti da un comitato scientifico composto da 9 scienziati di fama internazionale, che viene rinnovato ogni anno.

«Questo premio ha raggiunto il massimo riconoscimento e a livello internazionale e serve da ispirazione per i ricercatori sul cancro di tutto il mondo», ha affermato il presidente dell'Associazione americana di ricerca sul cancro **Philip Greenberg**. «Titia de Lange ha vinto il premio per aver scoperto la funzione di una proteina che protegge le estremità dei telomeri, gli elementi protettivi posti alle estremità dei cro-

mosomi, che sono i guardiani dell'integrità del genoma. È una collega meravigliosa che ha formato tantissimi ricercatori in maniera costante e impegnata»

«Gran parte di questo lavoro – ha affermato nel suo intervento la dott.ssa **Titia de Lange** – è stato svolto da studenti e postdoc italiani. Sono grata di aver avuto il privilegio di lavorare con questi brillanti italiani che hanno contribuito in modo determinante alla comprensione del ruolo dei telomeri nel cancro.

Con l'età - ha spiegato la scienziata - i telomeri si accorciano progressivamente ogni volta che una cellula si divide. Sebbene ciò possa sembrare negativo, tale accorciamento è in realtà un meccanismo di difesa contro il cancro, impedendo alle cellule con DNA danneggiato di dividersi eccessivamente. Quando i telomeri diventano troppo corti, la cellula riconosce un danno e si autodistrugge, bloccando la crescita del cancro in una fase molto precoce, come ad esempio per il cancro al seno».

La de Lange ha criticato anche l'industria cosmetica, che propone prodotti come creme e sieri che sostengono di allungare i telomeri per frenare l'invecchiamento. «In realtà questo non è dimostrato, e non è nemmeno desiderabile proprio per il loro ruolo nella prevenzione del cancro. Preferisco avere le rughe piuttosto che il cancro» ha concluso la scienziata.

Fondazione Pezcoller e AACR, un legame molto stretto

La Ceo della Associazione Americana per la Ricerca sul Cancro, **Margaret Foti**, ha ringraziato la Fondazione Pezcoller per il contributo che continua a dare alla ricerca sul cancro e le tantissime iniziative organizzate.

Il presidente della Fondazione Pezcoller **Enzo Galligioni** ha ripercorso la storia del Premio Pezcoller, dalle origini nel 1988, alla collaborazione con la Aacr nel 1997, ai quattro premiati che successivamente hanno ottenuto il premio Nobel per la medicina.



Titia de Lange

«Il numero dei pazienti che sopravvivono dopo un cancro è in continuo aumento – ha riferito Galligioni – a 10 anni dalla diagnosi nel 2006 sopravvivevano in Italia 2,5 milioni di persone, nel 2020 3,6 milioni. La mortalità è in diminuzione al ritmo del 2% l'anno. Negli Stati Uniti la mortalità per cancro è diminuita del 33% rispetto ai picchi del 1991. Galligioni ha ricordato l'impegno della Fondazione Pezcoller per promuovere premi, borse di studio, convegni – realizzati in proprio o grazie alle donazioni – e le numerose collaborazioni con enti di ricerca, Università di Trento, istituzioni, enti economici che consentono di far crescere l'importanza e il prestigio della Fondazione sul territorio e nella comunità scientifica internazionale.

Gli interventi istituzionali

I saluti della Provincia sono stati portati dalla vicepresidente della Giunta Francesca Gerosa e dall'assessore alla sanità Mario Tonina. «Questo riconoscimento non solo rende omaggio all'eccezionale carriera della professoressa de Lange, ma è anche un'occasione per coinvolgere la cittadinanza nella consapevolezza delle sfide legate alla ricerca sul cancro e sulle speranze offerte dalla ricerca medica contemporanea», ha affermato l'assessore Tonina. «Ogni anno, solo in Trentino, ci aspettiamo 550 nuovi casi di tumore ogni 100 mila abitanti. Per questo la Provincia autonoma di Trento ha dimostrato un impegno duraturo nel promuovere un sistema di ricerca e innovazione di alta qualità, come testimoniano l'attivazione del corso di laurea in Medicina e Chirurgia e le altre opportunità formative nel settore delle professioni sanitarie. Parole di saluto e di compiacimento sono state rivolte anche dalla vice sindaco di Trento Elisabetta Bozzarelli, dal rettore dell'Università Flavio Deflorian, dal vescovo di Trento mons. Lauro Tisi e dal presidente della Fondazione Caritro Carlo Schonberg.

«Tutti i medici sono orgogliosi delle iniziative a favore dell'attività di ricerca che vengono svolte in Trentino», ha detto il consigliere dell'Ordine dei Medici dott. **Tommaso Cai**.

Chi è Titia de Lange

Nata nel 1955 a Rotterdam, Paesi Bassi, ha iniziato il suo percorso di ricerca con il dottorato di biochimica (1981-85) all'Università di Amsterdam e al Netherlands Cancer Institute di Amsterdam. In seguito, ha fatto parte del gruppo di ricerca di Harold Varmus (Premio Nobel per la Medicina nel 1989) all'Università della California San Francisco.

Dal 1997 è capo del Laboratorio di Biologia Cellulare e Genetica alla Rockefeller University di New York. Dal 2011 è direttrice dell'Anderson Center for Cancer Research presso la Rockefeller University di New York.

La dott.ssa de Lange è membro dell'ACR dal 2010 ed è stata eletta Fellow dell'ACR Academy nel 2014. Ha inoltre ricevuto l'ACR-Women in Cancer Research Charlotte Friend Lectureship nel 2004 e l'ACR-G.H.A. Clowes Award for Outstanding Basic Cancer Research nel 2010.

Vincitrice di un gran numero di premi scientifici internazionali, è autrice di circa 200 articoli scientifici, sulle più prestigiose riviste (l'ultimo a marzo 2024 su Nature) con oltre 42.000 citazioni.



Celebrata a Trento la Giornata mondiale della salute

Prevenzione e riorganizzazione per salvare la sanità pubblica

"S

e la gente sta bene, il Pil di una nazione aumenta": così il prof. **Giuseppe Remuzzi**, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano, intervenuto a Trento alla Giornata della salute, promossa dall'Ordine dei medici in collaborazione con FBK e gli altri ordini professionali sanitari. Il prof. Remuzzi è intervenuto con una lectio magistrale di grande qualità, con la quale ha tracciato il quadro difficile



Giuseppe Remuzzi

della sanità attuale e lanciato una serie di proposte per riportare la sanità pubblica al centro della politica e delle reali esigenze della comunità. Introdotto dal presidente dell'Ordine Marco Ioppi e dalla responsabile del programma FBK per la salute dottoressa Antonella Graiff, il prof. Remuzzi non ha avuto dubbi: la sanità italiana si sta incamminando sulla strada della sanità degli Usa o dell'Inghilterra, nella quale **"se non hai soldi, muori"**. In America - ha ricordato per inciso - 74 milioni di persone non posso curarsi perché non hanno i soldi, né le assicurazioni. Anche in Italia è crescente il numero di persone che rinuncia alle cure per motivi economici. Le cause di questo scivolamento in basso sono parecchie: i bilanci in rosso delle aziende sanitarie, le lunghe liste di attesa, la disorganizzazione dei servizi, la concorrenza della sanità privata a quella pubblica. Oggi - ha detto Remuzzi - la sanità pubblica in Italia ha un bilancio di 120 miliardi. Per poter rispondere alle esigenze della gente servirebbero altri 30 miliardi. Come trovarli? Li si può reperire attraverso una robusta riorganizzazione di tutto il settore sanitario. "Già oggi - ha spiegato - se si evitassero interventi e cure che non portano alcun beneficio si risparmierebbero 40 miliardi di euro". Ci vuole un'etica diversa, che coinvolga sia i pazienti che i medici. Il che non significa non dare risposte alle attese e magari alle paure della gente, ma facendo tornare il Servizio sanitario nazionale protagonista autorevole della salute di tutti. Ad esempio chiarendo i rapporti con la sanità privata, alla quale il pubblico dovrebbe rivolgersi solo per le reali carenze alle quali non può - magari momentaneamente - far fronte, compiendo una ricognizione delle reali esigenze dei vari territori, integrando meglio la medicina di base con quella specialistica, favorendo il dialogo tra medici di base e medici ospedalieri, trasformando i piccoli ospedali in ospedali di prossimità, favorendo la crescita delle Case di comunità e gli ospedali degli infermieri. Due strutture, queste ultime, che porterebbero ad una velocizzazione degli interventi e ad un alleggerimento degli ospedali, ai quali deve competere soprattutto la funzione curativa specialistica. A monte di tutto questo, però, ha sottolineato Remuzzi, sta l'urgenza di potenziare la prevenzione delle malattie, che passa non solo attraverso le ricette mediche ma anche e soprattutto attraverso stili di vita e di alimentazione diversi da quelli attuali. Attraverso una prevenzione programmata ed efficace - ha detto Remuzzi -

si può evitare il 50 per cento delle malattie". Perché - ha spiegato - il benessere di una nazione - e quindi anche il Pil - dipende dalla salute. Se una comunità è in salute lavora, investe, vive con maggior serenità.

A Trento la celebrazione della Giornata mondiale della salute, svoltasi il 18 maggio, oltre all'intervento del prof. Remuzzi, ha avuto un interessante momento di dialogo tra gli Ordini professionali e la gente in un incontro svoltosi a Trento in piazza Santa Maria Maggiore. Introdotto dal presidente dell'Ordine degli infermieri, Daniel Pedrotti, il dibattito a più voci tra i vari rappresentanti degli Ordini professionali sanitari ha permesso di analizzare e raccogliere indicazioni sui temi della sanità di oggi in Trentino. Nel corso dei vari interventi tutti hanno sottolineato l'importanza della prevenzione e dell'adozione, soprattutto da parte dei giovani, di corretti stili di vita e di comportamenti alimentari.

Poi alla sera un momento di svago con un concerto al Santa Chiara da parte del gruppo musicale "Oldies but Goldies", composto da medici amanti della musica. Il concerto è stato molto apprezzato ed applauditissimi i protagonisti ovvero Saverio Mirabassi (tastiere e voce), Maurizio Salandini (chitarra e voce), Roberto Dal Fovo (chitarra e voce), Alessandro Galvagni (basso), Claudio Galvagni (chitarra solista), Carlo Mirabassi (batteria), Enrico Dal Fovo (tastiere e voce), Eugenia Dal Fovo (voce), Giulia Salandini (voce) saranno affiancati dai Trentottoni formazione che unisce Michele Tamanini (tromba), Renzo Eccel (trombone), Adriano Corà (sax), Luca Rubertelli (sax).



Il dott. Ioppi saluta il prof. Remuzzi



La band dei medici nel concerto all'Auditorium di Trento

In pensione il primario Pellegrini

M

arco Pellegrini, primario di senologia clinica e screening mammografico all'ospedale di Trento, ora è in pensione. Laureato in medicina e chirurgia all'università di Padova, il dott. Pellegrini ha cominciato a lavorare all'ospedale S. Chiara di Trento nel 1989. Tutto il suo iter professionale si è svolto a Trento: un percorso che gli ha permesso via via di mettere in piedi quell'Unità operativa di senologia, che non solo serve e copre tutte le esigenze del Trentino, ma è anche un punto di riferimento per altre regioni sia per le tecniche sia per la professionalità della sua équipe. Nei primi quindici anni di lavoro si è occupato di radiologia ed angiografia interventistica. Nel 2007 viene costituita l'unità operativa di senologia clinica e screening mammografico della quale è nominato primario, incarico che ha tenuto fino a un paio di mesi fa. Nell'unità operativa lavoravano – e lavorano – altri otto medici radiologi oltre al primario. In questi anni le tecniche di approccio alla patologia mammaria e nella fattispecie al tumore, hanno fatto grandi progressi, ma anche la professionalità medica ha contribuito a portare a risultati importanti. Si è passati - spiega - dalle mammografie analogiche a quelle digitalizzate per arrivare alla mammografia con tomosintesi che, senza dosi eccessive di radiazioni, consente di ottenere le immagini della mammella e degli eventuali tumori in 3 D.

Ma qual è la situazione per quanto riguarda questa tremenda malattia che è il tumore al seno? La situazione è monitorata grazie soprattutto allo screening mammografico a partire dal 2000, al quale sono sottoposte, volontariamente e gratuitamente, tutte le donne del Trentino di età superiore ai 50 anni. Infatti è tra i 50 ed i 70 anni che il tumore colpisce il maggior numero di donne. Il servizio di screening ha una forte risposta ed è considerato tra i migliori d'Italia. Vi aderisce circa l'80 per cento delle donne che l'Azienda sanitaria invita a presentarsi. Dopo l'esecuzione dell'esame e a fronte di esito negativo le donne vengono informate del risultato e nuovamente sottoposte allo screening dopo due anni, in modo da garantire alla donna un percorso di tranquillità e di prevenzione. Mediamente si riscontrano 8 tumori ogni mille mammografie effettuate. Grazie a questa prevenzione a tappeto in Trentino ogni anno emergono 500/600 nuovi tumori. Attualmente in provincia sono sotto cura o comunque sotto controllo circa seimila pazienti operate di tumore mammario. Una volta accertata la presenza di un tumore viene effettuato un consulto multidisciplinare e si avvia il percorso terapeutico più opportuno. Una terapia che, grazie anche alla preparazione dei medici e del personale sanitario, fornisce anche un forte sostegno psicologico e ciò è di grande aiuto. Le donne trentine colpite da tumore mammario possono usufruire con serenità delle terapie più all'avanguardia nel campo.



Marco Pellegrini

Un'iniziativa degli Ordini sanitari del Trentino

ANTIBIOTICI SÌ, PERÒ ATTENZIONE

Un manifesto per raccomandare le norme igieniche necessarie

U

n numero sempre maggiore di antibiotici perde di efficacia nei confronti di batteri responsabili anche comuni. E' un fenomeno che si chiama "antibiotico resistenza" e che sta diventando una emergenza mondiale. Si calcola che nel 2050 l'antibiotico resistenza diverrà la prima causa di morte nel mondo. L'Italia non sfugge a questo pericolo: il 35,7 dei batteri è resistente agli antibiotici e ciò è responsabile del decesso di circa 11 mila persone all'anno. Per contrasta-

re questo fenomeno a livello nazionale è stato varato il Piano nazionale di contrasto all'antimicrobico resistenza che tra l'altro ha lo scopo di fornire indicazioni e raccomandazioni sulle evidenze scientifiche nonché comunicazione, educazione e sensibilizzazioni per modificare i comportamenti della popolazione e del personale sanitario.

A livello nazionale questa preoccupazione è stata recepita dall'Ordine dei medici e degli odontoiatri che, assieme agli altri Ordini sanitari, ha lanciato un manifesto che sintetizza tutti i rischi di questa situazione. Il manifesto è stato disegnato da Fabio Vettori, autore delle famose "formiche" e sarà distribuito negli ambulatori, ospedali e centri sanitari. Il manifesto contiene le principali norme igieniche per un corretto uso degli antibiotici. Norme più che necessarie se si pensa che anche negli ospedali trentini il 7 per cento dei ricoverati contrae infezioni varie.

IL manifesto ed il suo scopo sono stati presentati a Trento nel corso di una conferenza stampa tenuta dal dott. Paolo Bortolotti, coordinatore della commissione ambiente dell'Ordine dei medici, dott. Giuseppe Pallante per i veterinari, Daniel Pedrotti per infermieri, Tiziana Dallago per farmacisti e Lorena Filippi per i pediatri.



News dall'Ordine

CI HANNO LASCIATO



LUIGI GORFER - Medico internista ha lavorato per anni all'ospedale Santa Chiara di Trento, conquistando la stima e la simpatia di tutti i colleghi. Era stato il braccio destro del primario prof. Schlechter. Si era laureato a Ferrara nel 1960 in medicina e chirurgia e quindi specializzato anche in cardiologia e medicina interna. Aveva 91 anni. Era fratello del giornalista Aldo Gorfer, scomparso nel 1999.



GIUSEPPE ZENI – nativo di Arco il dott. Zeni si era laureato all'università di Pavia. Dopo un breve periodo all'ospedale di Cles, era stato chiamato all'ospedale Santa Chiara di Trento dove era stato nominato primario. Gli ultimi dieci anni della sua vita professionali li aveva trascorsi all'ospedale San Camillo di Trento. Aveva 91 anni.

ENZO TORRESANI – Cordoglio nel mondo odontoiatrico per l'improvvisa scomparsa del dott. Enzo Torresani di Lavis. Il dott. Torresani ha passato praticamente tutta la sua vita professionale all'interno di ANDI- ha dichiarato Tomaso Conci, presidente di ANDI Trento- dove ha rivestito molteplici ruoli ad ogni livello, condividendo l'attività del suo studio di Lavis, un sobborgo di Trento, con sua moglie Luisa, igienista dentale. Perdiamo tutti un uomo mite, buono, per me e per molti anche un caro amico, sempre disposto ad aiutare tutti i colleghi che si rivolgevano a lui.



GIORGIO NICOLodi – È deceduto all'età di 92 anni. Laureato in medicina generale all'università di Bologna si era specializzato a Genova in radiologia e successivamente in medicina del lavoro. Dal 1960 era stato primario di radiologia ed ecografia all'ospedale civile di Tione. Andato in pensione per 20 anni aveva prestato la sua attività di radiologo ed ecografista digitale all'ospedale Eremo di Arco.



NATALE DAL BOSCO – Medico di base operava a Pieve di Ledro. Aveva 71 anni. Oltre al suo lavoro coltivava la passione per la politica e, tra l'altro, è stato anche presidente del Consiglio comunale di Pieve di Ledro.



GIAN BATTISTA MARTINELLI – Era stato per anni medico di base ad Ala ed Avio, dove si era guadagnato la stima di tutta la popolazione. Aveva condotto una generosa battaglia per far tenere aperti gli ambulatori delle frazioni di Avio. Qualche anno fa il sindaco di Avio, Federico Secchi, lo aveva premiato con un riconoscimento dell'amministrazione pubblica. Aveva 75 anni

VINICIO ZUCCALI - abitava a Riva del Garda. È scomparso all'età di 65 anni. Laureato in medicina generale e specializzato in gastroenterologia, il dott. Zuccali era conosciuto e stimato anche come scrittore. La sua passione era la letteratura e la musica. Aveva scritto quattro romanzi: La via dimenticata, Il volo delle farfalle, Everest e "Giallo rivano – Nemesi con vista lago".



FERRUCCIO BOSINELLI – È scomparso all'età di 85 anni. Aveva lavorato per anni all'ospedale di Cles. Dopo la laurea si era specializzato in gerontologia e geriatria a Pavia nel 1973 e successivamente in medicina fisica e riabilitazione a Milano nel 1978.



Offerta UnipolSai Assicurazioni - ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TRENTO



LAVORO

OFFERTA DEDICATA

Assicura la tua attività e proteggiti in caso di richieste di risarcimento derivanti da **responsabilità professionale**.



CASA

-20%

Offri **maggiore protezione** alla tua casa e alla tua famiglia con la polizza multirischi.



MOBILITÀ

- COSTI
+ SERVIZI

Assicura la tua auto e risparmi il **25%** su RCA e il **40%** su Incendio e Furto. Installa gratis **Unibox**: scopri **servizi innovativi** e **ulteriori sconti**.



PROTEZIONE

FINO AL -20%

Assicura la serenità tua e della tua famiglia con le soluzioni **Infortuni e Salute**.



RISPARMIO

+ VANTAGGI

Investi in modo sicuro, **proteggi i tuoi risparmi** e garantisci un futuro sereno alla tua famiglia.



**RATEIZZA IL PREMIO DELLA POLIZZA IN UN PAGAMENTO
FRAZIONATO SENZA COSTI AGGIUNTIVI**

**OFFERTE ESCLUSIVE RISERVATE AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO E FAMILIARI CONVIVENTI.**

TI ASPETTIAMO IN AGENZIA

ASSITRE

di Avi Federico, Fondriest Alessandro e Vecchi Riccardo

TRENTO • Via Brigata Acqui, 4
Tel. 0461 982114 - 0461 982569
agenzia@assitretn.it

Lettera al medico di reparto da parte della figlia di una ricoverata deceduta in ospedale

Gentile dottore

Le scrivo perché ci tengo molto a ringraziarla per l'umanità dimostratami in questo triste e tragico momento della mia vita. Ringrazio anche i suoi collaboratori, che al telefono sono sempre stati gentili nei modi ed efficienti nel portare a lei le mie richieste (non è assolutamente scontato!) In questi 2 mesi e mezzo in cui mia madre (ed io con lei) ha subito 3 ricoveri, ho avuto modo di farmi un'idea sulla sanità trentina. Ho osservato che 'i protocolli' sono le nuove tavole della legge. Da profana ho toccato con mano che la logica, il buonsenso e l'osservazione personale di ogni singolo paziente non sono insiti nel sistema. Dire che il paziente è un numero è riduttivo e lo è anche per i parenti, questi ultimi neanche numeri, nullità, anzi fastidiose nullità. Il 30 aprile sarà per sempre ricordato come uno dei più brutti della nostra vita. Siamo passati in poche ore dall'infezione è in calo e tutti gli esami sono in miglioramento a: 'si è aggravata cosa intendete fare?' Abbiamo dovuto decidere in tempi zero che non volevamo accanimento ma pretendevamo che non soffrisse. Mi ci vorranno anni di psicologo per superare questa scelta, per togliermi dagli occhi lo sguardo e la voce di mia madre sotto la maschera Cpap che implora aiuto, mi chiede di premerle sul fianco dove il versamento le crea un dolore fortissimo e l'infermiera che anziché darle la morfina le fa una fiala di fisiologica e mi dice che sono io che la agito!!!! Mi ci vorranno anni per assorbire il colpo al cuore di quando ci hanno detto che le avevano fatto il drenaggio toracico che stava molto meglio che il liquido non era infetto e che andava tutto per il meglio, salvo chiamarci 3 ore dopo per dirci che avevano sbagliato paziente, che a mia madre non avevano fatto nessun drenaggio perché il cuore era messo troppo male e il pneumologo non se la sentiva, ha poi atteso 6 giorni prima che le facessero il drenaggio, in ambulatorio. Mi ci vorranno secoli di terapia per togliermi l'immagine delle manette?

polsiere? o come si chiamano appese alle spondine del letto di mia madre con il commento dell'infermiera: 'ha avuto una notte agitata. Mia madre è rimasta ricoverata 5 gg in attesa della tac con contrasto, dimessa con allegria perché la tac eseguita senza contrasto ha evidenziato 'un brufolo innocuo' sul polmone sinistro che sarebbe guarito spontaneamente. Antibiotico sospeso già da 8 giorni, dimessa e 3 giorni dopo ricoverata con febbre alta e indovini dov'era ripartita la polmonite? Dal brufolo innocuo. Lascio a lei il mio sconforto per non aver potuto fare di meglio perché io non posso fare la differenza, non sono nella posizione né nell'ambito di poter cambiare le cose, ma lei e pochi colleghi illuminati sì, e già lo state facendo. Ecco solo questo, continui così e se può, insegna e si batte per 'il lato umano' di pazienti e famigliari. Grazie per il suo lavoro, per il suo tempo e per la bella persona che è in mezzo a questa umanità disumana.

Lettera firmata

Gentile Signora, comprendo la sua amarezza ed il suo sfogo. La sua lettera testimonia di quanto sia forte e doveroso stabilire un rapporto positivo tra medici, pazienti e loro parenti. Questo Ordine non ha mai perso occasione per ricordarlo e sostenerlo e sono certo (convinto) che la stragrande maggioranza di medici ed infermieri lo stanno realizzando convintamente e con trasporto davvero umano. L'ospedale purtroppo può essere anche la cartina di tornasole della crisi in cui si trova la sanità, il luogo strategico dove si salvano le vite, ma anche dove si scaricano le inefficienze del sistema per la mancanza di posti letto e la carenza degli organici. Ma non è questo il tema. È la dignità del malato, il rispetto per la vita e per la morte: quando non c'è nulla da fare, in realtà c'è molto da fare nella relazione con i parenti e nella presa in carico del malato. Quando, si parla, come lei ricorda, di "lato umano" della medicina è a questo che si pensa: alla reciprocità tra chi si prende cura e chi è curato, ad un servizio fatto con il cuore, con la coscienza che trabocca umanità e rispetto per la dignità di ciascuno.

Dott. Marco Ioppi

Responsabilità Sanitaria e novità legislative

La legge n. 24 del 08.03.2017 conosciuta come “legge Gelli” ha **modificato sostanzialmente** il regime delle responsabilità delle Strutture sanitarie pubbliche e private e del personale sanitario – medico e non medico – sia dipendente che libero professionista. L’entrata in vigore della legge ha comportato **la necessità**, per i medici, di conoscere il nuovo assetto dei rischi inerenti l’attività professionale e le modalità per poterli trasferire agli assicuratori.

Assiconsult Srl - Divisione Eurorisk, primaria società di brokeraggio assicurativo nella **gestione dei rischi** nel settore della sanità, in accordo con l’Ordine dei Medici di Trento mette a disposizione degli Associati l’attività di **analisi del rischio, formazione e intermediazione assicurativa**.

Spesso i contratti di assicurazione **sono un rebus** ed in questo momento, in particolare, i medici sentono la necessità di chiarezza e di conseguente tranquillità nelle scelte assicurative. Noi ci **impegniamo costantemente** nella ricerca di soluzioni semplici e funzionali anche per i problemi più complessi.

Noi **ci impegniamo costantemente** nella ricerca di soluzioni semplici e funzionali anche per i problemi più complessi.

Il successo dei nostri progetti assicurativi è legato soprattutto al nostro network di professionisti capaci di **interpretare** i bisogni del mercato, fornire il supporto decisionale e soluzioni personalizzate ai nostri clienti.

Assiconsult - Divisione Eurorisk affianca i medici affinché le scelte, nella gestione di rischi e nel trasferimento all’Assicuratore, siano compiute con la più completa **conoscenza e consapevolezza**.

La collaborazione prevede che Assiconsult - Divisione Eurorisk si occupi anche delle seguenti attività:

1. **Analisi della posizione assicurativa** del Medico iscritto all’Ordine (rischi possibili, coperture in essere e valutazione dell’adeguatezza qualitativa ed economica delle stesse);
2. **Definizione di un progetto assicurativo** personalizzato che tuteli la Sua attività professionale;
3. Offerta di un’**adeguata copertura assicurativa** integrativa o sostitutiva.

Per quanto sopra specificato Assiconsult - Divisione Eurorisk applicherà la tariffa di **€ 50,00 a Medico**, per progetti relativi a coperture assicurative.

Contattando Assiconsult - Divisione Eurorisk, per una **quotazione personalizzata**, vi consiglieremo il massimale, la retroattività o la garanzia postuma a seconda delle vostre specifiche esigenze.

Per la **formazione** assicurativa, elemento fondamentale nel rendere i Medici consapevoli delle proprie coperture e di quelle della Struttura Sanitaria per la quale operano, verranno programmati, in coordinamento con l’Ordine dei Medici, alcuni incontri specifici di cui sarete informati.

Per **info** rivolgersi a:
Assiconsult – Divisione Eurorisk
Tel. 0461 433000
Mail: trento@assiconsult.com





PROVINCIA
AUTONOMA
DI TRENTO

SE NON STAI
CON ME,
NON PUOI STARE
CON NESSUNO

**NON TROVARGLI SCUSE.
CHI TI FA DEL MALE, NON TI AMA**

AIUTACI A STARE AL TUO FIANCO

**CHIAMA
IL 112 O IL 1522**

NUMERO ANTIVIOLENZA E STALKING