



novembre 2014
nuova serie - numero 7

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

DIRETTORE responsabile
Alberto Folgheraiter

DIRETTORE editoriale
dott. Giuseppe Zumiani

COORDINATORE dell'edizione
dott. Fabrizio Zappaterra

CONSIGLIO DIRETTIVO
dott. Giuliano Brunori, dott.ssa Monica
Costantini, dott. Giulio Del Dot, dott. Mario
Virginio Di Risio, dott. Germano Fachinat,
dott. Fausto Fiorile, dott. Marco Ioppi,
dott.ssa Imelda Menghini, dott. Michele Motter,
dott. Carlo Pedrolli, dott. Silvano Piffer,
dott. Domenico Sicheri, dott. Fulvio Spagnoli,
dott. Maurizio 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@ordinemedicitn.org
Posta certificata:
segreteria.tn@pec.omceo.it
Odontoiatri:
presidenzacao.tn@pec.omceo.it

Medico Trentino
Bollettino d'informazione dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Trento
Reg. Trib di Trento n. 28 del 16/05/51
Stampa: Nuove Arti Grafiche s.c. - Trento
Poste Italiane SpA
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46)
art. 1 comma 2, DBC Trento
Anno LXII - N. 3/2014
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

EDITORIALE

3 Zumiani - Nove anni di presidenza: impegno, soddisfazioni e qualche rimpianto

COLLEGHI PER SEMPRE

5 Il testamento professionale di un'oncologa morta di cancro

Il dottor Toffol per decenni medico del Primiero

SOLIDARIETÀ INTERNAZIONALE

7 Medici con l'Africa Cuamm: "Restiamo in Sierra Leone per vincere Ebola"

ATTUALITÀ

9 I problemi relativi alla fecondazione eterologa

18 Certificati medici per l'attività sportiva non agonistica

INSERTO

19 Torna la "banda dei medici" all'Auditorium per la "giornata del medico e dell'odontoiatra" 2014

22 Evento formativo: Appropriatelyzza delle prescrizioni in laboratorio

23 Che cos'è l'attività sportiva agonistica

25 Alimentazione e idratazione sono "atti medici" che il paziente può rifiutare

LA NOSTRA STORIA

30 Nel 1918 la guerra mondiale favorì la pandemia di "spagnola"

33 La prima guerra mondiale invece sconfisse la pellagra

Meno di 200 medici nel Trentino del primo dopoguerra

FORMAZIONE

34 ECM - Dossier formativo

COMUNICAZIONI FNOMCeO

38 Anche la medicina d'emergenza per l'accesso alla dirigenza sanitaria

39 I medici di formazione specifica possono rilasciare certificati a pagamento

Il codice deontologico

Allegato a questo numero del "Bollettino" il Codice Deontologico 2014 che può essere scaricato anche dal sito web: www.ordinemedicitn.org

Eletta al primo turno

la Commissione per gli iscritti all'albo degli Odontoiatri (CAO)

Non è stata necessaria una seconda convocazione per il rinnovo della Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri per il triennio 2015-2017. Tra venerdì 7 e domenica 9 novembre, si sono recati alle urne 268 dei 466 odontoiatri, vale a dire il 58% degli iscritti. Sono risultati eletti: Fausto Fiorile (presidente uscente CAO 2012-2014), Mauro Paglierani, Laura Albertini, Paolo Ghensi e Giovanni Sammarco.

Questo numero del "Bollettino" chiude in tipografia martedì 11 novembre 2014, pertanto non è possibile dar conto del nuovo Consiglio direttivo dell'Ordine poiché i medici, non avendo ottenuto il quorum dei votanti in prima convocazione, sono nuovamente chiamati alle urne, da venerdì 21 novembre a domenica 23 novembre.

Gli iscritti dovranno rinnovare, inoltre, il Collegio dei Revisori dei Conti.

Editoriale

Nove anni di presidenza: impegno, soddisfazioni e qualche rimpianto

Dott. Giuseppe Zumiani - Presidente dell'Ordine

Cari colleghi, lasciando, dopo tre mandati, la Presidenza e il Consiglio dell'Ordine vorrei ripercorrere con voi le idee e le proposte che hanno fatto da filo conduttore all'operato del Consiglio. Il nostro primo obiettivo è stato dare una maggiore visibilità all'Ordine, alle sue funzioni (attività istituzionali e deontologiche), nell'intento di informare e coinvolgere nelle nostre scelte e nel nostro operato l'intera comunità trentina.

Questi i tratti fondamentali: portare l'Ordine fuori dal cliché tradizionale, esprimere la nostra presenza e autorevolezza nel mondo della professione, dare segnali alla Politica delle nostre competenze non solo tecniche, proporci quali interlocutori autorevoli e privilegiati. Riteniamo che in questi ultimi anni l'Ordine dei Medici si sia assicurato una maggior entrata nel Sociale e nei confronti delle Istituzioni e della Politica. Abbiamo cercata e ottenuta una maggiore visibilità sui media locali con i quali, nel corso degli anni, si è creato un rapporto di reciproca stima.

Con la prima "Convention dei medici trentini" abbiamo riunito a Riva del Garda, 450 medici. Per la prima volta molti colleghi hanno avuto la possibilità di esprimere come categoria le loro problematiche e "partecipare" il clima della loro attività e dei loro rapporti con le Istituzioni: in primis l'Azienda Sanitaria.



Avrei voluto proseguire con questi appuntamenti, organizzare altre Convention, ma all'interno dell'Ordine si erano fatte strada, nel frattempo, opinioni diverse.

Nel corso di questi nove anni siamo riusciti a operare senza alcun condizionamento da parte della Politica, con la quale ci siamo confrontati e a volte scontrati anche duramente.

Abbiamo rivendicato più volte, e non sempre purtroppo con successo, il diritto ad essere ambito autorevole nelle scelte che riguardano la Sanità trentina. Abbiamo sollecitato gli amministratori pubblici a tenere conto delle nostre osservazioni e dei nostri suggerimenti nella formulazione dei disegni di legge riferiti al settore di nostra competenza. Il riordino della legge 16 del 2010 si è concretizzato anche grazie alle "provocazioni" di chi scrive, elabora-

te con autorevoli esponenti della pianificazione sanitaria.

Un impegno considerevole si è dedicato ad un progetto finalizzato al miglioramento della cultura medica trentina: spesso si parla delle sua eccellenza ma non sempre per il medico questa è la verità.

In tale ottica è nato il progetto del "Teaching hospital", naufragato perché la Politica nell'ultimo periodo non l'ha sostenuto. Si trattava del tentativo di far crescere la cultura medica trentina, di fidelizzare al territorio i giovani e i più validi medici preparati e motivati, mettendo a frutto le possibilità di ricerca e di innovazione che le nostre strutture possono garantire.

Consideriamo un fiore all'occhiello di questo Ordine, la Scuola di Formazione Specifica di Medicina Generale che, nel corso

degli anni, ha raggiunto livelli di alto profilo dal punto di vista formativo, conseguendo altresì un più stabile assetto organizzativo e gestionale. Un particolare ringraziamento, in tal senso, va alla Direzione e al Comitato di coordinamento della Scuola.

Non abbiamo disatteso le attività formative, linfa vitale per la professione: negli anni abbiamo organizzato oltre centoventi eventi accreditati sia in ambito etico deontologico che scientifico.

Quanto ai giovani medici, che rappresentano il nostro futuro, abbiamo cercato di dare loro motivazioni e coinvolgimento con l'inserimento di una loro rappresentanza nel CUP (Comitato Unico delle Professioni) e affidando loro responsabilità come interlocutori della politica per gli aspetti formativi.

Quale Presidente ho partecipato personalmente a moltissimi incontri scientifici e culturali sia su iniziativa ordinistica o su invito, non solo per portare un saluto formale, ma per ribadire il nostro ruolo a tutela della professione e della salute del cittadino.

A tale proposito, i temi etici sono stati al centro della nostra attenzione, con giornate di studio rivolte ai medici e con incontri-dibattito per la cittadinanza. Colgo l'occasione per ringraziare coloro che si sono impegnati in tal senso all'interno del Consiglio e per la loro preziosa collaborazione alcuni colleghi, il dott. Cembrani in primis.

Ho preo parte, inoltre, a quasi tutte le riunioni nazionali della Federazione dove ho fatto sentire la voce del nostro Ordine, partecipando a commissioni e stabilendo un buon rapporto con la FNOMCeO ed il suo Presidente.

Abbiamo cercato di dare visibilità non solo alla professionalità dei medici trentini ma anche alla

loro creatività artistica nelle varie arti espressive, a conferma che la nostra disciplina è un'arte oltre che una scienza.

Sono state realizzate originali rassegne di pittura, sia presso la sede dell'Ordine, che in altre sedi. "I Medici dell'arte", si è conclusa con la "giornata del medico" al Casinò di Arco. Oltre alla pittura abbiamo ospitato esposizioni di scultura, sono state presentate pubblicazioni di medici-scrittori, mostre e proiezioni di fotografie, si sono tenute proiezioni cinematografiche, esibizioni musicali e concerti di notevole pregio e successo di pubblico. Non abbiamo trascurato neppure il coinvolgimento della categoria nelle attività sportive.

Ad ogni fine anno le "Giornate del medico" occasione di sintesi delle attività svolte ma soprattutto momento di presentazione dei giovani medici e odontoiatri neoiscritti che con il Giuramento di Ippocrate sanciscono il loro ingresso nella professione e di ringraziamento per l'attività svolta dai colleghi più anziani), hanno avuto luogo oltre che nella sede istituzionale, nei più prestigiosi luoghi di aggregazione, simbolo della Comunità trentina: dal castello del Buonconsiglio al teatro "Sociale" di Trento, dal Casinò municipale di Arco, al Museo di scienze naturali, all'Auditorium del Santa Chiara.

Queste "Giornate" sono state aperte alle famiglie dei medici che vivono (e talora supportano e sopportano) di riflesso la nostra professione.

Nel corso di questi ultimi anni, e penso sia un orgoglio per tutti noi, abbiamo ristrutturato la sede di via Zambra, dandole il decoro e la rappresentatività che "la Casa dei Medici e degli Odontoiatri" merita.

Si è proceduto altresì al riordino e catalogazione del nostro prezioso

Archivio, grazie alla fondamentale collaborazione con il Museo Storico di Trento.

Sono orgoglioso di aver potuto celebrare il centenario dell'Ordine dei Medici di Italia (2012) con la pubblicazione del volume: "LE SORTI DELLA VITA", a cura del collega Gios Bernardi, dello storico Rodolfo Taiani e del giornalista e studioso di storia trentina Alberto Folgheraiter, opera che ha riscosso uno straordinario interesse da parte di molti iscritti e per la quale abbiamo ricevuto i complimenti da numerosi presidenti di Ordini di altre regioni.

Dopo nove anni, come avevo annunciato già tre anni fa, lascio la Presidenza con animo sereno, convinto di aver garantito il massimo impegno e correttezza e di aver operato con professionalità e talvolta entusiasmo, convinto che l'Ordine debba vivere di nuovi fermenti, di nuovi entusiasmi e di nuove idee.

Leggo come un fatto positivo che nelle elezioni di novembre 2014 per il rinnovo del Consiglio si siano, ufficialmente, presentate tre liste per la Medicina e due liste per l'Odontoiatria. Sono certo, e scusate le presunzione, che questi miei tre mandati abbiano dato maggiore consapevolezza ai Medici e all'Ordine su quale possa essere il loro ruolo nei confronti della Categoria, della Politica, della Società e delle Istituzioni pubbliche.

Saluto e ringrazio nuovamente i componenti i Consigli direttivi che mi hanno sostenuto, tutti gli iscritti, tutti coloro che hanno offerto il loro apporto a vario titolo, gli Ordini delle professioni sanitarie, dei Farmacisti e Veterinari in particolare e tutto il personale di Segreteria. Ciò che di positivo è stato fatto è merito anche della loro preziosa collaborazione.

dott. Giuseppe Zumiani

Collegli per sempre

Il testamento professionale di un'oncologa morta di cancro

Alberto Folgheraiter

Alzi la mano chi non ha mai avuto un congiunto, un amico, un conoscente ghermito dal cancro, da uno dei mille tipi di neoplasie, come si dice con terminologia medica che sa molto di ipocrisia. Cancro: e sai di che cosa si parla.

Di solito i medici vedono la malattia degli altri. La studiano, la curano, fanno qualche tentativo, si affidano alla letteratura medica (se c'è, perché non sempre è reperibile, soprattutto in caso di patologie rare). Se l'obiettivo della guarigione sembra impossibile, gli oncologi dicono al congiunto dell'am-

malato di cancro: "Ciò che conta non è la quantità dei giorni (che al tuo caro resta da vivere) ma la qualità". Belle parole, quasi una pacca amichevole sulla spalla. Ma vai a dirlo a tua moglie che sta morendo e che ti fissa negli occhi con sguardo interrogativo. Che ti scruta come una risonanza magnetica, quando torni dallo studio del primario, per cercare di capire la verità, al di là dei paroloni che la medicina ha saputo costruirsi ad-



dosso per essere scienza da iniziati. Certo, le cure palliative servono almeno a spuntare la lancia del dolore, ma non sciolgono la prognosi infausta.

Se poi ad ammalarsi di cancro è una giovane donna-medico, un'oncologa, una del ramo, che le neoplasie le ha studiate, gli effetti li ha visti giorno dopo giorno su mille pazienti e i risultati talvolta li ha conosciuti nei necrologi del giornale, allora il discorso cambia prospettiva.

Lo racconta un bel libro, "Riserva di prognosi - Un'oncologa si ammala di cancro e interroga la sanità", edito da Erickson. È una testimonianza a più voci, a cominciare dalla protagonista Barbara Soini. Oncologa ospedaliera, a 44 anni ha scoperto su se stessa un cancro per il quale la letteratura medica attribuiva un solo anno di vita. Con la "Bestia", Barbara è visuta e ha combattuto per cinque anni. Ma prima di lasciare la sua famiglia (il marito e due figli) ha voluto che la sua esperienza fosse occasione di riflessione per i colleghi e per la sanità. Per essere ancora di più e meglio dalla parte dell'ammalato.

Per realizzare questo progetto ha chiesto aiuto a una collega (Loretta Rocchetti, medico di famiglia impegnata, tra l'altro, sui temi etici) e, per la scrittura, a una giornalista (Milena Di Camillo, già caposervizio al giornale "Alto Adige" e "Trentino").

"Riserva di prognosi", con prefazione della filosofa Laura Campanello, propone la storia clinica e umana di Barbara, ripercorsa nelle conversazioni che Milena e Loretta hanno avuto con lei dalla primavera al dicembre 2013 (Barbara ha concluso la sua battaglia alle 16.45 di giovedì 30 gennaio 2014).

Il dottor Toffol, per decenni medico della comunità del Primiero

Sono stati celebrati il 20 di ottobre 2014 presso la Chiesa Arcipretale i funerali di Giovanni Toffol, 86 anni, di cui 36 trascorsi come medico condotto a Mezzano e Imèr. Con lui, se ne va un altro pezzo di storia della medicina del territorio, fatta soprattutto di dedizione, abnegazione, passione e pochi mezzi.

Non conosceva orari, era sempre disponibile: di giorno e di notte, di sabato e di domenica, per tutti, indistintamente.

Era nato a San Martino di Castrozza l'11/12/1927, in una famiglia di albergatori. Il padre, Giacomo, era proprietario dell'hotel Jolanda, mentre la madre, Lina Plank, lo era del caffè Plank. Si era laureato a Modena nel 1952 e nei sei anni successivi aveva conseguito tre specialità: Igiene Pratica a Firenze, Puericultura e poi Pediatria a Padova.

Dopo un tirocinio al pronto soccorso di Feltre si stabilì ad Imèr fino alla pensione. Fu anche ufficiale medico degli alpini. Lascia la moglie Rina e i due figli, Antonio e Giacomo.



Seguono altre testimonianze e riflessioni. Prima fra tutte l'intervista alla protagonista, oncologa-paziente, che alla domanda "perché e per chi" intende raccontare la sua esperienza, risponde: "Perché penso di poter offrire un punto di vista privilegiato... Perché vorrei che non solo i medici, ma anche chi occupa posti di responsabilità nella gestione della sanità pubblica, comprendesse che la qualità delle prestazioni è più importante del numero delle stesse. Perché vorrei che i medici di base, specialisti, medici palliativisti superassero divisioni, incomprensioni, gelosie reciproche, creando una rete a 'maglie fitte' attorno al malato oncologico, capace di 'avvolgerlo' durante tutto il suo percorso".

E tra i suggerimenti ai suoi colleghi medici, Barbara Soini invoca una "terapia dell'ascolto", una "terapia personalizzata" anche se questo richiede "tempo e dedizione, tempo e passione".

A tale proposito, l'oncologa-paziente Barbara Soini, in quello che oggi è il suo "testamento professionale" suggerisce e sollecita una figura di riferimento per il malato oncologico. Perché se è vero che oggi in oncologia vale la necessi-

tà di discutere "i casi all'interno di consulti multidisciplinari", quando uno è malato di cancro deve poter sapere chi è il suo medico che lo seguirà sino alla fine. Non può girare come una trottola da un oncologo all'altro, che magari guarda la cartella clinica più che il paziente negli occhi. Non può annaspire come un naufrago senza conoscere il volto di chi, nei suoi giorni di crisi, sarà pronto a tendergli una mano.

E poi dice: "Non si dovrebbe più parlare di cure palliative, brutto termine che ne svilisce il ruolo, ma di cure complementari o simultanee".

"Riserva di prognosi" ospita anche le testimonianze di Franco, il marito di Barbara, di Francesco e Antonella due colleghi oncologi e amici di lunga data. Quando viene a sapere della malattia dell'amica, Francesco reagisce con stupore "perché ti sembra impossibile che possa succedere a chi cura i malati di cancro". Pensa: "Cavolo, allora succede anche a noi...".

E Antonella dice di aver imparato dalla storia di Barbara una cosa importante: "Con lei abbiamo fatto scelte terapeutiche non inserite nei protocolli, abbiamo molto personalizzato le terapie. Ma questo è

potuto accadere perché abbiamo ascoltato lei, più di quanto si ascolti normalmente un paziente. Questo mi fa riflettere su altri pazienti e sui protocolli...".

La terza parte del libro propone l'approfondimento di alcuni temi chiave ricorrenti negli incontri con Barbara, dalla relazione medico-paziente alla presa in carico, dalla formazione ai protocolli, dalle cure palliative ai trattamenti alternativi, che sono diventati anche materia di confronto tra Adriano Paccagnella, oncologo, Massimo Bernardo, medico palliativista, Daniele Govi, medico di medicina generale, Annamaria Marzi, infermiera dirigente, Paolo Dordoni, filosofo, Carlo Favaretti, manager sanitario. La conclusione è affidata a una riflessione di Loretta Rocchetti.

Se la storia di Barbara sarà letta da molti suoi colleghi (ma è rivolta anche al pubblico più vasto dei comuni lettori) e se qualcuno di loro troverà il modo e la forza di cambiare atteggiamenti e protocollo, questo "testamento" avrà raggiunto il suo scopo.

Non sarà la sconfitta del cancro, ma la vittoria di una medicina più umana sì. E Barbara Soini avrà fatto, ancora una volta, un buon lavoro. Il migliore.



dott.ssa Barbara Soini

I diritti del libro alla Fondazione Hospice

Il ricavato della vendita del libro "Riserva di prognosi" è destinato alla *Fondazione Hospice Trentino onlus*. Sabato 15 novembre 2014, nel quartiere della Madonna Bianca, a Trento, c'è stata la posa della prima pietra per la realizzazione della Casa Hospice, progetto nel quale è impegnata da anni la Fondazione. Sarà "una casa confortevole e accogliente, in cui operatori sanitari, volontari e familiari possano prendersi cura della persona malata e della sua famiglia, alleviando il dolore e controllando gli altri sintomi, assistendo nelle necessità, sostenendo psicologicamente, valorizzando la dignità e l'individualità di ciascuno".

Solidarietà internazionale

Preg.mo dr. Zumiani,

scusandomi per il ritardo le invio una testimonianza dalla Sierra Leone dove il nostro organismo Medici con l'Africa Cuamm è direttamente coinvolto nell'affrontare l'epidemia di Ebola. Come volontari di Medici con l'Africa Cuamm – Trentino ci stiamo adoperando per sensibilizzare ed informare l'opinione pubblica sull'Ebola, ma riteniamo doveroso ed imprescindibile coinvolgere in primo luogo chi si occupa di salute: i nostri colleghi ed amici. Eccoci qui quindi a chiedere, se possibile, un po' di spazio su uno strumento importante di informazione e conoscenza come il Bollettino d'informazione del Medico Trentino per raggiungere tutti i colleghi.

In questa fase importante per l'Ordine dei Medici della provincia di Trento probabilmente questa richiesta arriva in ritardo e risulta impegnativa ma ritengo mio dovere farmi portavoce di una richiesta di aiuto da parte di chi non ha voce.

dott. Carmelo Fanelli (Presidente Medici con l'Africa Cuamm – Trentino)

Medici con l'Africa Cuamm: “restiamo in Sierra Leone per vincere Ebola”

Pujehun è un distretto di 320 mila abitanti situato nella parte meridionale della Sierra Leone. A separarlo da Freetown, la capitale del Paese, circa sei ore di strada polverosa e sconnessa. Anche lì, come in Guinea e Liberia, Ebola c'è, e nonostante l'epidemia diventi giorno dopo giorno sempre più difficile da gestire, il team di *Medici con l'Africa Cuamm*, Ong presente nel paese dal 2012 con un progetto finalizzato ad aumentare la copertura e la qualità dei servizi di salute neonatale e materno-infantile, ha deciso di restare a fianco della popolazione locale per continuare a garantire le cure sanitarie di base. Nella lotta all'epidemia, l'azione di *Medici con l'Africa Cuamm* si concentra su due ambiti. Da un lato fornire agli operatori sanitari tutti gli strumenti di protezione di cui hanno indispensabile bisogno e dall'altro continuare nel lavoro di identificazione e isolamento dei malati: è stato avviato un sistema di *triage* per l'identificazione dei casi sospetti nei centri sanita-

ri. Questi ultimi vengono trasferiti in isolamento presso una tenda allestita ad hoc in una zona isolata dell'ospedale, provvista di passaggi separati per pazienti, operatori e familiari a seconda dei livelli di rischio. Insieme a questo si continua la sensibilizzazione delle comunità, ricerca dei contatti e controllo del territorio.

Secondo l'ultimo aggiornamento reso noto dall'Organizzazione

mondiale della sanità, i casi di infezione sarebbero 9.911 e i decessi 4.868, ma si tratta di cifre estremamente approssimative. Le popolazioni colpite dal virus, infatti, continuano a guardare con diffidenza ai medici attivi nel territorio.

“Le normali attività sono a regime ridotto – conferma Clara Frasson, assistente sanitaria specializzata in sanità pubblica e capo progetto Cuamm a Pujehun – purtroppo le



mamme e i bambini preferiscono morire a casa, gli ospedali e i centri sanitari sono praticamente vuoti. Si tenta di ristabilire un sistema di intervento: cliniche mobili con vaccinazioni, visite prenatali e dei bambini sotto i 5 anni, supervisione dei 75 centri periferici del distretto per valutare i problemi e le possibili attività. Andiamo avanti spinti dalla solita grande domanda: come aiutare i più deboli?”.

Medici con l’Africa Cuamm supporta le autorità locali nella gestione del Centro di isolamento attrezzato presso l’ospedale di Pujehun e ha fatto uno sforzo logistico notevole per costruire un centro di isolamento a Zimmi, una delle aree focolaio del distretto, e dotarlo di acqua corrente, toilette e inceneritore.

Quanto il Paese sia disorientato, nonostante tutti i tentativi per riappropriarsi della propria quotidianità perduta, lo si percepisce chiaramente anche dalle parole di Matteo Bottecchia, inviato dal Cuamm in Sierra Leone con funzione di assistente al capo progetto: “La presenza di Ebola si legge fin dai primi passi fuori dall’aeromobile, accolti da acqua clorinata per lavarsi le mani, materiale informativo sull’infezione, *check point* sanitari appena dopo i controlli doganali. L’infezione ha trovato una breccia tra le ferite di un Paese sovrastato da problemi profondi, con un sistema sanitario fragile e impreparato ad un compi-



DATI PER LA DONAZIONE:
Associazione Medici con
l’Africa Cuamm Trentino
C/C Cassa Rurale di Pergine
IBAN IT 35J 08178 35220
000000049780

to così grande come combattere quest’epidemia senza precedenti. Sono donne e uomini forti e motivati quelli che stanno portando avanti la quotidiana battaglia contro il virus, ma ogni giorno si confrontano con enormi difficoltà tecniche, specialmente nelle aree più periferiche come Pujehun, dove le vie di collegamento tra una miriade di piccoli centri sparsi sul territorio sono al limite della praticabilità, e il materiale di protezione e trattamento per il Centro di Salute di Zimmi, il più vicino all’attuale focolaio di Ebola, arriva solo attraversando il fiume Moa a bordo di una barca a remi. Sembra una lotta impari, quella tra la rapidità di diffusione del virus e la lentezza a cui si è costretti anche per fornire servizi sanitari di base. E il grande rischio è che l’apparente insormontabilità degli ostacoli porti rassegnazione, ovvero un’altra porta aperta per Ebola.”.

È importante continuare a portare una debole speranza alla popolazione locale, i cui bisogni immensi non possono e non devono restare inesauditi. È indispensabile che si tuteli il personale e si continui ad attuare gli interventi più urgenti, acquistando kit per la protezione individuale (occhiali, camici, guanti, stivali, maschere), disinfettanti, schede telefoniche e gasolio per assicurare attività di formazione degli operatori locali, sensibilizzazione per le comunità, supervisioni e monitoraggio della situazione all’interno del distretto, nei confini nazionali e quelli con Liberia e Guinea.

Giovanni Putoto, responsabile Programmazione Cuamm e medico specializzato in malattie tropicali, scrive: “Questo è quello che cerca di fare *Medici con l’Africa Cuamm* a Pujehun e a Zimmi, dove le fiamme dell’epidemia continuano ad elevarsi, spavalde e minacciose. Ci siamo con la nostra presenza, il nostro aiuto tecnico e materiale, la nostra determinazione a non mollare. Il lavoro è molto faticoso: pazienti Ebola da assistere in modo professionale e umano, personale sanitario da affiancare nelle sfide quotidiane, comunità impaurite da incoraggiare. Una speranza da costruire passo dopo passo, sfida dopo sfida, con loro.”

Come si può aiutare Medici con l’Africa Cuamm

- Con 10 euro assicurati materiale informativo e di sensibilizzazione alla popolazione locale
- Con 20 euro garantisci il trasferimento del paziente sospetto dalle unità periferiche all’ospedale
- Con 30 euro copri i costi di analisi e test di controllo
- Con 100 euro assicurati i kit completi di protezione individuale: guanti, occhiali, camice, maschera, copri scarpe o stivali, copricapo

Attualità

A seguito della Sentenza nr. 162/2014 della Corte Costituzionale

I problemi relativi alla fecondazione eterologa

Premessa

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, riunita in seduta straordinaria il 4 ottobre a Roma, ha esaminato il testo del documento elaborato dalla Commissione Salute a seguito del lavoro istruttorio condotto dallo specifico gruppo tecnico scientifico di esperti sulla Procreazione Medicalmente Assistita (di seguito PMA). Preliminarmente le Regioni e PP. AA. sottolineano che hanno preso atto della sentenza della Corte Costituzionale del 9 aprile 2014, n. 162, depositata il 10 giugno 2014 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 18 giugno 2014, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del divieto di fecondazione eterologa contenuto nell'articolo 4, comma 3, della legge 19 febbraio 2004, n. 40 (Norme in materia di procreazione medicalmente assistita), che ha innescato riflessioni e ipotesi normative in merito all'applicazione di questa metodica sia a livello ministeriale, che regionale e di società scientifiche.

Considerato che il Governo ha ritenuto di non intervenire con un proprio provvedimento normativo in una materia così delicata per le sue implicazioni etiche, lasciando tale competenza al Parlamento, le Regioni e PP. AA. hanno condiviso la responsabilità di fornire indirizzi operativi ed indicazioni cliniche omogenee al fine di rendere immediatamente esigibile un diritto costituzionalmente garantito su tutto il territorio nazionale, dimostrando capacità di *governance* nazionale.

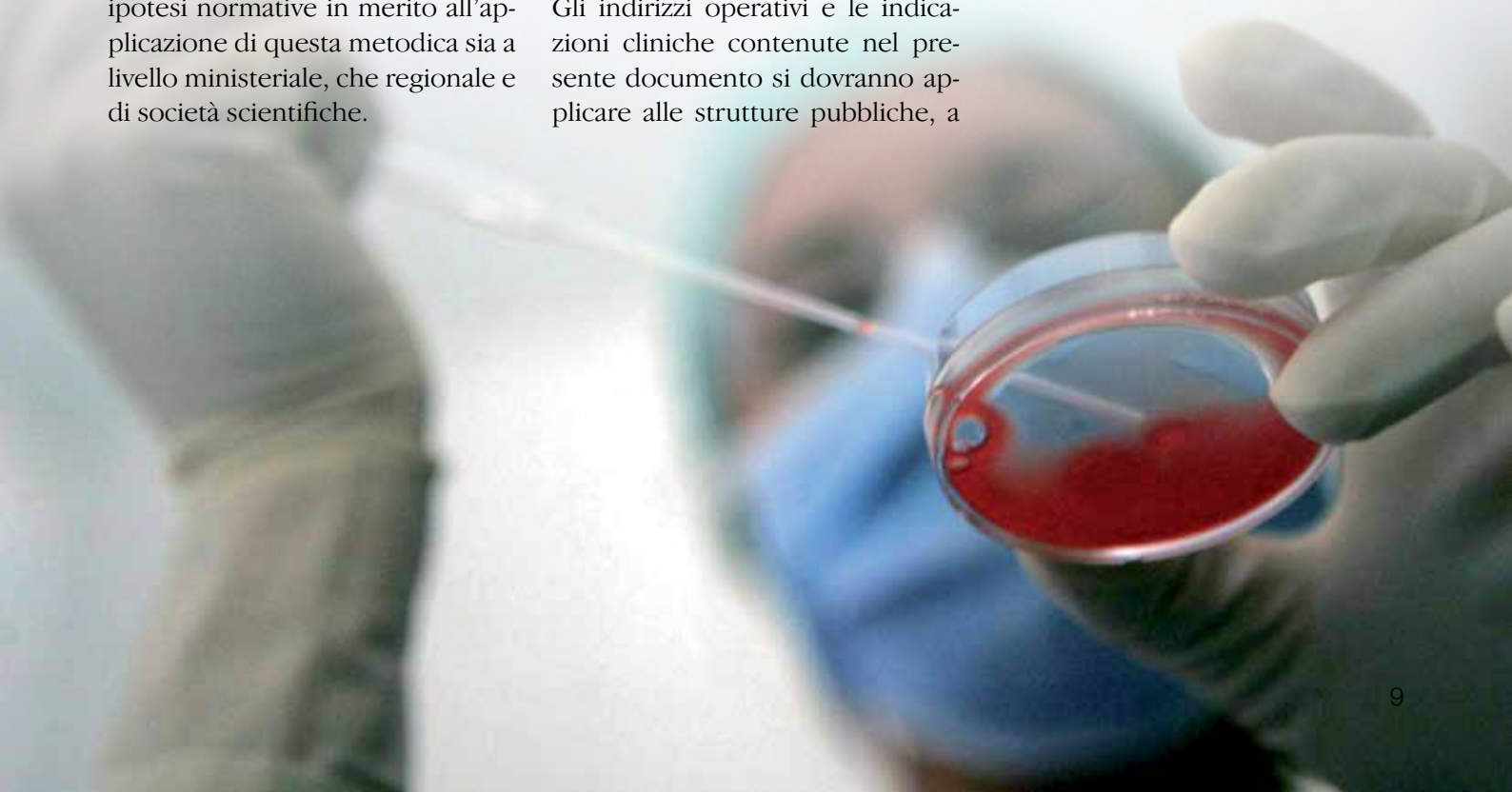
È stato pertanto concordato di definire, in attesa che il Parlamento legiferi in materia, un accordo interregionale che verrà recepito dalle singole Regioni e PP. AA., il quale avrà valenza transitoria, ma che permetterà comunque alle coppie che ne faranno richiesta di poter accedere alla fecondazione eterologa.

Gli indirizzi operativi e le indicazioni cliniche contenute nel presente documento si dovranno applicare alle strutture pubbliche, a



quelle accreditate nonché a quelle private non accreditate.

Le Regioni e le PP. AA. considerano che omologa ed eterologa, alla luce della sentenza della Corte Costituzionale, risultano entrambe modalità di PMA riconosciute LEA, anche sulla scorta del parere favorevole espresso in sede di Conferenza Stato - Regioni del 29 aprile 2004 sul riparto delle risorse destinate a favorire l'accesso alle tecniche di PMA, previsto dall'art. 18 della Legge 40/2004.





Ai fini del riconoscimento economico, le Regioni e le PP. AA. evidenziano la necessità di inserire nel DPCM di adeguamento dei LEA, così come definito nel Patto per la Salute 2014-2016, la PMA omologa ed eterologa.

PRESO ATTO della nota dell'8 agosto 2014 del Ministro della Salute ai Capigruppo Parlamentari con la quale il Ministro sottolinea i cardini principali, che sono condivisi dalle Regioni, sui quali dovrebbe basarsi la organizzazione delle procedura di PMA da donazione, che sono:

- Il recepimento di parte della direttiva 2006/17/CE;
- L'istituzione di un registro nazionale per la tracciabilità donatore-nato;
- La regola della gratuità e volontarietà della donazione di cellule riproduttive;
- Il principio di anonimato del donatore e la sua deroga esclusivamente per esigenze di salute del nato;
- L'introduzione di un limite massimo alle nascite da un medesimo donatore;
- L'introduzione di un limite minimo e massimo di età per i donatori;
- L'introduzione immediata della fecondazione eterologa nei LEA, con relativa copertura finanziaria.

CONSIDERATO che la procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo richiede, rispetto a quella di tipo omologo, un'attività specifica consistente nella selezione dei donatori di gameti, secondo criteri di sicurezza e al fine di garantire la tutela della salute, la regolamentazione tecnica dovrebbe in particolar modo dettagliare:

- I criteri di selezione dei donatori e dei riceventi;
- La precisazione degli esami infettivologici e genetici da effettuare;
- Le regole sull'anonimato dei donatori;
- Il numero di donazioni che sarà possibile effettuare da parte di un donatore/donatrice;
- La tenuta della tracciabilità delle donazioni e degli eventi avversi;
- I criteri che i soggetti interessati dovranno seguire per l'esecuzione della metodica.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, al fine di rendere omogeneo a livello nazionale l'accesso alle procedure eterologhe, ha concordato i seguenti indirizzi operativi per le Regioni e le Province Autonome, che saranno recepiti con delibera di giunta regionale o con specifico provvedimento regionale.

Sulla scorta della sentenza della Corte Costituzionale del 9 aprile 2014, n. 162, con i presenti indirizzi operativi si stabiliscono le disposizioni per consentire l'avvio delle tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo, comprese quelle che impiegano gameti maschili e femminili entrambi donati da soggetti diversi dai componenti della coppia ricevente, garantendo la sicurezza e la tutela della salute di tutti i soggetti coinvolti.

La donazione di cellule riproduttive da utilizzare nell'ambito delle tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo è atto volontario, altruista, gratuito, interessato solo al "bene della salute riproduttiva" di un'altra coppia. **Non potrà esistere una retribuzione economica per i donatori/donatrici**, né potrà essere richiesto alla ricevente contributo alcuno per i gameti ricevuti. Non si escludono forme di incentivazione alla donazione di cellule riproduttive in analogia con quanto previsto per donazione di altre cellule, organi o tessuti. Ai donatori con rapporto di lavoro dipendente, ovvero interessati dalle tipologie contrattuali di cui al decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276, e successive modificazioni, possono essere applicate le disposizioni previste dalla normativa vigente in materia di attività trasfusionali e di trapianto di midollo. L'importazione e l'esportazione di gameti sono consentite, rispettivamente, solo da e verso istituti di tessuti accreditati/autorizzati ai sensi della normativa europea vigente in materia. Si rinvia a quanto disposto dal Decreto Min. Salute del 10 ottobre 2012 attuativo dell'art 9 DLgs 191/07. Inoltre, il procedimento di selezione dei donatori e gli accertamenti di screening devono essere conformi al presente documento.

Centri autorizzati alla pratica della fecondazione eterologa

La normativa europea identifica i Centri di PMA come Istituti dei Tessuti e non individua ulteriori requisiti per i centri che praticano PMA eterologa rispetto ai requisiti necessari alla pratica omologa, perciò solo i centri PMA, conformi alle normative regionali in materia di autorizzazione/accreditamento, risultano parimenti idonei ad effettuare procedure di PMA anche eterologa compresa la fase di selezione dei donatori/donatrici, il recupero e la crioconservazione dei gameti. I trattamenti clinici di fecondazione eterologa ed i corrispondenti risultati dovranno essere comunicati annualmente in forma aggregata (in attesa di appositi approfondimenti da parte del Garante della Privacy) al Registro Nazionale PMA, analogamente a quanto obbligatorio per i trattamenti omologhi.

Requisiti soggettivi delle coppie di pazienti che possono usufruire della donazione di gameti

La metodica di PMA eterologa è eseguibile unicamente qualora sia accertata e certificata una patologia che sia causa irreversibile di sterilità o infertilità. Possono far ricorso alla PMA di tipo eterologo coniugi o conviventi di sesso diverso, maggiorenni, in età potenzialmente fertile, entrambi vi-

venti (art. 5, legge 40 /2004). Deve ritenersi applicabile anche per la PMA eterologa il limite di età indicato nella previsione contenuta nell'art. 4 L. 40/04 secondo la quale può ricorrere alla tecnica la donna "in età potenzialmente fertile" e comunque in buona salute per affrontare una gravidanza, su suggerimento delle Società Scientifiche, si sconsiglia comunque la pratica eterologa su donne di età >50 anni per l'alta incidenza di complicanze ostetriche. Per la donazione di gameti maschili è comunque rilevante allo stesso modo l'età della partner, con le stesse limitazioni.

Indicazioni cliniche alla fecondazione eterologa

Devono essere certificate dal medico del centro su certificato di accesso alle tecniche PMA e sono sottoelencate.

- a) **femminili:** le indicazioni sono tutte le situazioni mediche o iatrogene di sterilità comprovata in cui la donna non possa disporre di propri ovociti validi:
- Donne con ipogonadismo ipergonadotropo;
 - Donne in avanzata età riproduttiva ma comunque in età potenzialmente fertile;
 - Donne con ridotta riserva ovarica dopo fallimento di fecondazione omologa;
 - Donne che sanno di essere affette o portatrici di un signifi-

cativo difetto genetico o che hanno una storia familiare di una condizione per la quale lo stato di portatore non può essere determinato;

Donne con ovociti e/o embrioni di scarsa qualità o ripetuti tentativi di concepimento falliti tramite tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA);

- Donne con fattore iatrogeno di infertilità.

b) **maschili:** le indicazioni alla donazione sono tutte le situazioni mediche o iatrogene di sterilità comprovata che determinano l'indisponibilità di spermatozoi utilizzabili.

- Partner maschile con dimostrata infertilità da fattore maschile severo (cioè, azoospermia e oligoastenoteratozoospermia severa o mancata fertilizzazione dopo iniezione intracitoplasmatica di sperma [ICSI]).
- Partner maschile con disfunzione eiaculatoria incurabile.
- Uomini che sanno di essere affetti o portatori di un significativo difetto genetico o che hanno una storia familiare di una condizione per la quale lo stato di portatore non può essere determinato.
- Partner maschile con una infezione sessualmente trasmissibile che non può essere eliminata.





- Uomini con fattore iatrogeno di infertilità.
- La partner femminile è Rh-negativo e gravemente isoimmunizzata e il partner maschile è Rh-positivo.

Selezione dei donatori

La donazione di gameti è consentita ai soggetti di sesso maschile di età non inferiore ai 18 anni e non superiore ai 40 anni, e ai soggetti di sesso femminile di età non inferiore ai 20 anni e non superiore ai 35 anni.

Donatori di gameti maschili

Sono candidabili i seguenti soggetti

1. quelli che in modo spontaneo e altruistico decidono di donare i propri gameti e non si stanno sottoponendo ad un trattamento di fecondazione assistita a loro volta;
2. quelli che si stanno sottoponendo ad un trattamento di fecondazione assistita a loro volta;

3. quelli che hanno congelato gameti in passato e non volendo utilizzarli decidono di donarli.

N.B. I gameti dei candidati donatori che rientrano nei punti 2 e 3 potranno essere utilizzati qualora gli stessi rientrino nei criteri generali di selezione dei donatori, inclusi i risultati delle indagini infettivo-logiche, genetiche e psicologiche.

Selezione

- La selezione di un donatore dovrebbe essere effettuata da un team composto da endocrinologo/urologo con competenze andrologiche e biologo, con possibilità di consulenza da parte di un genetista ed uno psicologo, sotto la supervisione del Responsabile del Centro.
- I criteri principali nella scelta di un donatore sono il buono stato di salute e l'assenza di anomalie genetiche note all'interno della famiglia (questo deve essere definito attraverso una accurata anamnesi genetica anche me-

dante un questionario validato da genetisti). Il donatore deve essere in grado di fornire notizie circa lo stato di salute di entrambi i genitori biologici (non deve essere adottato, né concepito a sua volta da donatore di gameti, né figlio di padre/madre non noto);

- Il donatore deve essere in grado di intendere e di volere, in buone condizioni di salute psico-fisica e non presentare nell'anamnesi elementi che indirizzino verso malattie ereditarie e familiari.
 - La valutazione dei donatori dovrebbe anche affrontare l'esistenza di potenziali motivi finanziari o emotivi che possono condizionare la donazione.
 - La selezione dei donatori con fertilità provata è cosa auspicabile ma non obbligatoria.
 - È raccomandabile una valutazione e consulenza psicologica, per tutti i donatori di seme. La valutazione dovrebbe includere un colloquio clinico e, se necessario, test psicologici.
 - Nessun proprietario, operatore, direttore del laboratorio o dipendente del centro che esegue l'inseminazione può essere utilizzato come donatore.
 - Né il medico del paziente né l'esecutore dell'inseminazione può essere donatore del seme.
 - Sono esclusi dalla donazione uomini che abbiano esposizione professionale ad alto rischio per tossicità riproduttiva (radiazioni o sostanze chimiche).
- Sono esclusi dalla possibilità di donare gameti i pazienti che abbiano effettuato e concluso trattamenti con chemioterapici o radioterapia da meno di due anni.

Test e screening per controllo dei donatori

Test del seme

Si consiglia di analizzare più di un campione seminale (ciascuno dopo un'astinenza di 2 - 5 giorni)

prima di procedere con una più approfondita valutazione del candidato donatore.

Il campione deve essere esaminato entro 1-2 ore dopo l'eiaculazione in un contenitore sterile. I criteri utilizzati per giudicare la normalità del campione possono variare tra i laboratori. Ci sono standard non uniformemente accettati, ma, in generale, possono essere applicati i criteri minimi per definire normale il campione di seme. Si dovrebbero utilizzare solo campioni seminali con valori al di sopra del 50% dei valori di riferimento del WHO (linee guida internazionali) per quanto riguarda concentrazione e motilità progressiva.

Test di crioconservazione/scongelo: il recupero dopo scongelamento deve fornire una percentuale di spermatozoi dotati di motilità rettilinea > 50% di quello del seme pre-crioconservazione.

Valutazione genetica

Devono essere eseguiti in tutti i donatori il cariotipo e il test per rilevare lo stato di portatore di fibrosi cistica ed eventualmente l'elettroforesi emoglobina per la ricerca delle emoglobine patologiche in base al risultato dell'emocromo (MCV ridotto). Eventuali approfondimenti genetici saranno considerati sulla base del risultato della valutazione genetica anamnestica.

Storia medica e valutazione clinica

I donatori devono essere sani e con anamnesi negativa per malattie ereditarie.

Deve essere raccolta accuratamente la storia personale e sessuale per escludere donatori ad alto rischio per HIV, malattie sessualmente trasmissibili, o altre infezioni trasmissibili attraverso la donazione di gameti. Il donatore deve essere sottoposto ad una accurata visita medica.

Analisi di laboratorio

Non esiste un metodo per garantire in maniera assoluta che nessun agente infettivo possa essere trasmesso con l'inseminazione con donazione di seme. Comunque le seguenti linee guida, combinate con un'adeguata anamnesi e l'esclusione di soggetti ad alto rischio per HIV e altre malattie sessualmente trasmissibili, possono significativamente ridurre tali rischi. Si richiede che vengano eseguiti i seguenti test, conformemente all'allegato 2, punto 1.1 del Dlgs 16/2010, utilizzando metodi appropriati, allo scopo di determinare l'ammissibilità dei donatori. I risultati negativi devono essere documentati prima dell'uso di spermatozoi del donatore (i centri che utilizzano spermatozoi procurandoseli da una banca o da altro centro PMA, devono possedere la documentazione degli esami eseguiti)

- HBsAg o HBV-NAT, HBs Ab, HBcAb IgG e IgM,
- Ab anti HCVAb o HCV-NAT
- HIV 1/2 ab (IV generazione) o HIV-NAT
- Ab anti-Citomegalovirus IgG, IgM
- TPHA-VDRL HTLV I e 2 (L'esame degli anticorpi HTLV va effettuato sui donatori che vivono in

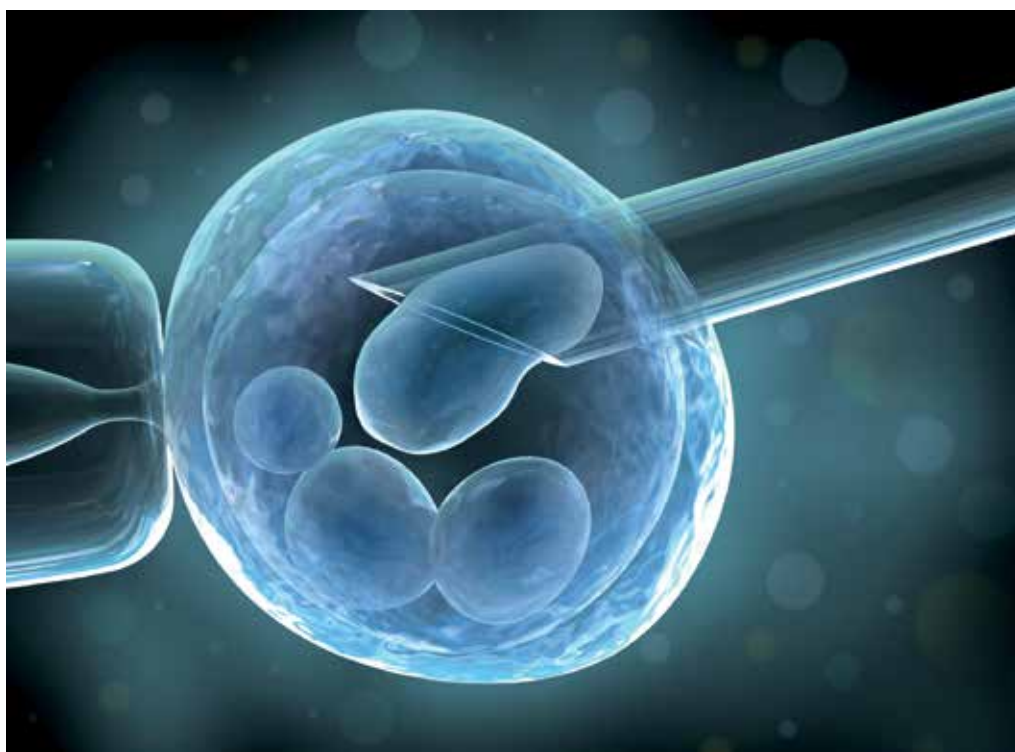
aree ad alta prevalenza o ne sono originari o i cui partner sessuali provengono da tali aree, ovvero qualora i genitori del donatore siano originari di tali aree).

I campioni di sangue vanno prelevati al momento di ogni singola donazione, se eseguite a distanza superiore di 90 giorni.

Le donazioni di gameti sono messe in quarantena per almeno 180 giorni e successivamente occorre ripetere gli esami. In caso di conferma della negatività degli esami il campione potrà essere utilizzato. Fa eccezione il caso in cui il campione di sangue prelevato al momento della donazione venga sottoposto a test con tecnica di amplificazione nucleica (NAT) per HIV, HBV, e HCV, purchè eseguita il più possibile vicino alla donazione; in tal caso i gameti possono essere utilizzati senza attendere il periodo di quarantena. I risultati di queste indagini devono essere disponibili prima dell'utilizzo dei gameti.

Oltre agli esami sierologici i donatori di gameti maschili dovranno essere sottoposti a:

- Spermicoltura, urinocoltura, ricerca di Neisseria Gonorrhoeae, Micoplasma Hominis, Ureaplasma Urealyticum, Chlamydia Trachomatis nel liquido seminale o



nelle urine o nel tampone uretrale/urine primo mitto.

- Gruppo sanguigno e fattore Rh
- Analisi chimico-cliniche di base (emocromo, glicemia, creatinina, colesterolo totale, HDL, trigliceridi, transaminasi, G6PDH).

Gestione dei risultati di laboratorio

La positività ai test eseguiti dovrebbe essere verificata prima di notificarla al potenziale donatore. Se la positività venisse confermata, l'individuo dovrebbe essere indirizzato ad una appropriata consulenza e work up clinico.

Risultati falsi positivi per la sifilide ottenuti utilizzando saggi non treponemici e che si confermano negativi con saggi treponemici risultano idonei per la donazione.

È opportuno che il partner, in ogni coppia che richiede inseminazione con seme donato, sia sottoposto ad una valutazione clinica appropriata e a test infettivologici allo scopo di risolvere eventuali problemi medico/legali che potrebbero sorgere qualora il partner sieroconverta durante o dopo l'inseminazione.

Donatrici di gameti femminili

La donazione degli ovociti richiede stimolazione ovarica con monitoraggio e recupero degli ovociti. Comporta quindi, a differenza della donazione di gameti maschili, considerevoli disagio e rischi per la donatrice.

Sono candidabili i seguenti soggetti:

1. Donne che in modo spontaneo e altruistico decidono di donare i propri gameti e non si stanno sottoponendo ad un trattamento di fecondazione assistita a loro volta;
2. Donne che si stanno sottoponendo ad un trattamento di fecondazione assistita a loro volta;

3. Donne che hanno congelato gameti in passato e non volendo utilizzarli decidono di donarli.

N.B. I gameti dei candidati donatori che rientrano nei punti 2 e 3 potranno essere utilizzati qualora gli stessi rientrino nei criteri generali di selezione dei donatori, inclusi i risultati delle indagini infettivologiche, genetiche e psicologiche.

Selezione

È fortemente raccomandato per la donatrice degli ovociti e per il suo partner (se esistente) una valutazione e consulenza psicologica fornita da un professionista qualificato.

- La selezione di una donatrice dovrebbe essere effettuata da un team composto da ginecologo e biologo con possibilità di consulenza da parte di un genetista ed uno psicologo, sotto la supervisione del Responsabile del Centro.
- I criteri principali nella scelta di una donatrice sono il buono stato di salute e l'assenza di anomalie genetiche note all'interno della famiglia (questo deve essere definito attraverso una accurata anamnesi genetica anche mediante un questionario validato da genetisti). La donatrice deve essere in grado di fornire notizie circa lo stato di salute di entrambi i genitori biologici (non deve essere adottato, né concepito a sua volta da donatore di gameti, né figlio di padre/madre non noto).
- La donatrice deve essere in grado di intendere e di volere, in buone condizioni di salute psico-fisica e non presentare nell'anamnesi elementi che indirizzino verso malattie ereditarie e familiari.
- La valutazione delle donatrici dovrebbe anche affrontare l'esistenza di potenziali motivi finan-

ziari o emotivi che possono obbligare alla donazione.

- Nessuna proprietaria, operatrice, direttrice del laboratorio o dipendente del centro dove si esegue lo screening per la donazione di ovociti può essere la donatrice degli ovociti.
- Né il medico del paziente né l'esecutore dell'inseminazione può essere donatore di ovociti.
- Sono escluse dalla donazione donne che abbiano esposizione professionale ad alto rischio per tossicità riproduttiva (radiazioni o sostanze chimiche)
- Sono escluse dalla possibilità di donare gameti le pazienti che abbiano effettuato e concluso trattamenti con chemioterapici o radioterapia da meno di due anni.

Tests e screening per controllo delle donatrici di ovociti

Valutazione genetica

Devono essere eseguiti in tutte le donatrici il cariotipo e il test per rilevare lo stato di portatore di fibrosi cistica ed eventualmente l'elettroforesi emoglobina per la ricerca delle emoglobine patologiche in base al risultato dell'emocromo (MCV ridotto). Eventuali approfondimenti genetici saranno considerati sulla base del risultato della valutazione genetica anamnestica.

Storia medica

e valutazione clinica

Le donatrici devono essere sane e con anamnesi negativa per malattie ereditarie. La potenziale donatrice dovrà presentare delle caratteristiche cliniche (ormonali ed ecografiche) compatibili con una donazione di ovociti adeguata, avere cicli mestruali regolari con assenza di patologia ovarica ed endocrinologica.

Deve essere raccolta accuratamente la storia personale e sessuale per escludere donatori ad alto rischio per HIV, malattie sessualmente

trasmissibili, o altre infezioni trasmissibili attraverso la donazione di gameti. La donatrice deve essere sottoposta ad una accurata visita medica.

Analisi di laboratorio

Non esiste un metodo per garantire in maniera assoluta che nessun agente infettivo possa essere trasmesso attraverso la donazione di ovociti. Comunque le seguenti linee guida, combinate con un'adeguata anamnesi e l'esclusione di soggetti ad alto rischio per HIV e altre malattie sessualmente trasmissibili, possono significativamente ridurre tali rischi. Si richiede che vengano eseguiti i seguenti test, conformemente all'allegato TI, punto 1.1 del Dlgs 16/2010, utilizzando metodi appropriati, allo scopo di determinare l'ammissibilità delle donatrici, e che i risultati negativi siano documentati prima dell'uso degli ovociti della donatrice. (I centri che utilizzano ovociti procurandoseli da altro centro PMA, devono possedere la documentazione degli esami eseguiti)

- HB5Ag o HBV-NAT, HBs Ab, HBcAb IgG e IgM,
- Ab anti HC VAb o HCV-NAT
- HIV 1/2 ab (IV generazione) o HIV-NAT
- Ab anti-Citomegalovirus IgG, IgM
- TPHA-VDRL
- HTLV I e 2 (L'esame degli anticorpi HTLV va effettuato su donatrici che vivono in aree ad alta prevalenza o ne sono originarie o i cui partner sessuali provengono da tali aree, ovvero qualora i genitori del donatore siano originari ditali aree).

I campioni di sangue vanno prelevati al momento di ogni singola donazione.

Quarantena degli ovociti: il congelamento degli ovociti non può essere eseguito in modo standardizzato; pertanto, la messa in qua-

rantena degli ovociti non consente risultati di sopravvivenza e di gravidanza sovrapponibili all'utilizzo di ovociti freschi in modo standardizzato. In caso di utilizzo di ovociti freschi va effettuato sempre uno screening con esami virologici in PCR Real Time (NAT per HIV, HBV, e HCV). Resta comunque necessario effettuare i test sierologici previsti.

Nel caso di ovociti crioconservati, le donazioni sono messe in quarantena per almeno 180 giorni e successivamente occorre ripetere gli esami. In caso di conferma della negatività degli esami il campione potrà essere utilizzato. I risultati di queste indagini devono essere disponibili prima dell'utilizzo dei gameti.

Oltre agli esami sierologici le donatrici di ovociti dovranno essere sottoposte ai seguenti esami:

- Gruppo sanguigno e fattore Rh
- Analisi chimico-cliniche di base (emocromo, glicemia, creatinina, colesterolo totale, HDL, trigliceridi, transaminasi, G6PDH).
- Tampone vaginale e cervicale con ricerca di Neisseria Gonorrhoeae, Micoplasma Hominis, Ureaplasma Urealyticum, Chlamydia Trachomatis.

Inoltre sono consigliabili un PAPT-test o HPV-test ed un'ecografia mammaria eseguiti nell'ultimo anno.

Gestione dei risultati di laboratorio

La positività ai test eseguiti dovrebbe essere verificata prima di notificarla alla potenziale donatrice. Se la positività venisse confermata, l'individuo dovrebbe essere indirizzato ad una appropriata consulenza e work up clinico.

Risultati falsi positivi per la sifilide ottenuti utilizzando saggi non treponemici e che si confermano negativi con saggi treponemici risultano idonei per la donazione.

Scelta delle caratteristiche fenotipiche del donatore

Non è possibile per i pazienti scegliere particolari caratteristiche fenotipiche del donatore, al fine di evitare illegittime selezioni eugenetiche. In considerazione del fatto che la fecondazione eterologa si pone per la coppia come un progetto riproduttivo di genitorialità per mezzo dell'ottenimento di una gravidanza, il centro deve ragionevolmente assicurare la compatibilità delle principali caratteristiche fenotipiche del donatore con quelle della coppia ricevente.

Anonimato dei donatori e tutela della riservatezza

Ferma restando la regola di anonimato di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191, e successive modificazioni, la donazione deve essere anonima (cioè non deve essere possibile per il donatore risalire alla coppia ricevente e viceversa). I dati clinici del donatore/donatrice potranno essere resi noti al personale sanitario solo in casi straordinari, dietro specifica richiesta e con procedure istituzionalizzate, per eventuali problemi medici della prole, ma in nessun caso alla coppia ricevente. L'accessibilità alla informazione sarà gestita informaticamente con il controllo di tracciabilità. I donatori/donatrici non hanno diritto di conoscere l'identità del soggetto nato per mezzo di queste tecniche e il nato non potrà conoscere l'identità del donatore/donatrice.

Eventuali modifiche introdotte alla disciplina dell'anonimato della donazione successivamente alla applicazione del presente documento dovranno comunque garantire l'anonimato ai donatori che hanno donato prima dell'entrata in vigore della nuova disciplina. Le persone che partecipano a programmi di donazione dovrebbero essere certi che la loro riservatezza sarà rispettata.



Consenso informato per donatori/donatrici

È essenziale per il/la donatore/donatrice firmare un consenso informato, che dovrebbe includere un fermo diniego di non avere nessun conosciuto fattore di rischio per malattie sessualmente trasmissibili e malattie genetiche. È necessario che il/la donatore/donatrice riconosca nel consenso informato la sua responsabilità di notificare al programma di donazione eventuali cambiamenti nel suo stato di salute o di fattori di rischio. Il/la donatore/donatrice deve anche specificare se accetta che i suoi gameti vengano utilizzati anche a scopo di ricerca, se non più utilizzabili per ulteriori donazioni.

Ai fini della manifestazione del consenso informato, e fermo restando quanto previsto dall'articolo 6 della legge 19 febbraio 2004, n. 40, e dall'articolo 13 del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191, e successive modificazioni, al donatore deve essere data comunicazione della possibilità di essere

contattato nei casi e con le modalità descritte nel capitolo "Anonimato dei donatori e tutela della riservatezza" e deve darne apposito consenso.

Il consenso informato dovrà riportare che, sulla base dell'art. 9 comma 3 della Legge 40/2004, il donatore di gameti non acquisisce alcuna relazione giuridica parentale con il nato e non può far valere nei suoi confronti alcun diritto né essere titolare di obblighi.

Tutte le donatrici di ovociti devono essere informate esplicitamente dei rischi e degli effetti collaterali connessi con la stimolazione ovarica e recupero degli ovociti; questa consulenza deve essere documentata nel consenso medico informato.

I donatori devono essere liberi di revocare, in qualsiasi momento e senza alcuna spesa o pretesa economica, da parte del Centro di PMA che ha effettuato la raccolta e/o di quello che intendeva utilizzare i gameti, il consenso prestato per l'ulteriore impiego dei loro gameti.

Consenso informato della coppia che riceve la donazione

Oltre a tutte le informazioni previste per le analoghe tecniche di primo e secondo livello di PMA, per tutti gli aspetti sovrapponibili delle tecniche omologhe ed eterologhe, e per le implicazioni legali della esecuzione delle tecniche stesse in ordine al ritiro del consenso informato e al riconoscimento della maternità e paternità del nato, la coppia ricevente le cellule riproduttive deve essere compiutamente informata sulla circostanza che risulta impossibile diagnosticare e valutare tutte le patologie genetiche di cui risultassero eventualmente affetti il donatore/donatrice con ogni effetto consequenziale in relazione alla eventuale imputazio-

ne della responsabilità. La coppia deve essere a conoscenza che il rischio di malattie e anomalie congenite nella prole risulta sovrapponibile a quello della popolazione generale. Particolare attenzione andrà posta agli aspetti psicologici, etici e sociali.

Numero di donazioni

Le cellule riproduttive di un medesimo donatore non potranno determinare più di dieci nascite. Tale limite può essere derogato esclusivamente nei casi in cui una coppia, che abbia già avuto un figlio tramite procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo, intenda sottoporsi nuovamente a tale pratica utilizzando le cellule riproduttive del medesimo donatore. Il Centro PMA che utilizza i gameti dei donatori/donatrici deve registrare i dati della gravidanza ottenuta (positività beta-HCG, gravidanza clinica in evoluzione), la successiva nascita, eventuali aborti ed eventuali malformazioni del neonato. Qualora la gravidanza non dovesse portare al-

la nascita di un feto vivo, la procedura non va considerata tra le dieci nascite consentite.

Tracciabilità ed eventi avversi

I centri PMA garantiscono la tracciabilità del percorso delle cellule riproduttive dalla donazione all'eventuale nascita. Si applicano tutte le disposizioni vigenti in materia di donazione, approvvigionamento, controllo, lavorazione, conservazione, stoccaggio e distribuzione di tessuti e cellule umani.

I centri devono assicurare il mantenimento del livello più alto possibile di sicurezza nella manipolazione e nella conservazione dei gameti. La regolamentazione e le procedure di manipolazione e di conservazione dei gameti sono definite dalla normativa attualmente in vigore. Devono essere applicate nel laboratorio le appropriate procedure per il controllo di qualità.

I gameti devono essere raccolti presso il Centro che esegue la crioconservazione. Il centro PMA che pratica l'eterologa deve avere un archivio dedicato (cartaceo ed elettronico) dove verranno conservate le cartelle cliniche dei donatori e accessibile solo da personale sanitario autorizzato. Solo su motivata richiesta dell'Autorità Giudiziaria o dell'autorità di controllo (Regione/CNT), il Responsabile dell'Istituto di tessuti potrà fornire i dati utili per risalire al donatore. I records relativi a ciascun donatore (di screening e i risultati dei test) devono essere mantenuti per almeno 30 anni dall'utilizzo.

Nelle more della istituzione di un archivio centralizzato delle donazioni di gameti, che consenta di rilevare eventuali plurime donazioni dello stesso donatore in diverse sedi e di tenere sotto controllo il numero delle nascite ottenute, in modo che non superi quanto consentito, ed in attesa della normati-

va comunitaria prevista per il 2015 sulla codifica delle singole donazioni, in via transitoria è previsto che il donatore/donatrice deve mettere a disposizione di un solo centro i propri gameti e di tale prassi deve essere informato prima della donazione. Al fine di evitare che uno stesso donatore si rivolga a più banche, il donatore/donatrice deve dichiarare, sotto la propria responsabilità, di non aver effettuato donazioni in altri centri. Sarà quindi compito del Centro stesso registrare le gravidanze ottenute con gameti del donatore in modo che non superino il numero consentito.

L'esito clinico di ogni ciclo di inseminazione deve essere registrato così come la segnalazione di qualsiasi evento avverso comprese le malattie ereditarie identificate in fase pre-natale o post-natale. Nel caso in cui una malattia ereditaria precedentemente non identificata si diagnostichi in un bambino nato da donazione anonima, il donatore e il ricevente dovrebbero essere testati e ulteriori campioni del donatore non dovrebbero essere donati. Se il donatore è risultato essere il portatore della malattia ereditaria, tutti i destinatari dei gameti donati devono essere messi al corrente. Devono essere conservati records dei donatori come fonte di dati medici per qualsiasi nato (obbligo di comunicazione al CNT e al Registro PMA di evento avverso).

Fattibilità e aspetti finanziari della fecondazione omologa ed eterologa

La Conferenza delle Regioni e delle province autonome ha sottolineato l'urgente necessità dell'inserimento nei LEA delle tecniche di PMA omologa e di quella eterologa.

Inoltre, ha ritenuto necessario che per la PMA eterologa le strutture

pubbliche e quelle accreditate siano pronte ad effettuare queste metodiche, attraverso una quantificazione economica omogenea tra le Regioni e Province Autonome mediante il riconoscimento delle prestazioni delle attività svolte da parte del SSN.

Per quanto riguarda i cicli di omologa, si propongono dei criteri di accesso a carico del SSN, che comprendono l'età della donna (fino al compimento del 43 anno) ed il numero di cicli che possono essere effettuati nelle strutture sanitarie pubbliche (massimo 3), e propone gli stessi criteri d'accesso anche per la PMA eterologa.

Molte Regioni hanno già recepito queste indicazioni nelle rispettive autonomie.

Per una puntuale analisi dei costi della PMA eterologa da utilizzare anche in questa fase transitoria, così come è stato per le tecniche di PMA omologa, è stato condiviso di coinvolgere in tempi ristretti esperti della materia per analizzare nel complesso tutti gli aspetti.

La possibilità di inserire anche la PMA eterologa nei LEA dovrebbe considerare i seguenti passaggi:

1. Valutazioni cliniche dei donatori
2. Indagini di screening per la selezione dei donatori
3. Test del seme e crioconservazione dei gameti
4. Eventuale rimborso per giornate di lavoro perdute dei/delle donatori/donatrici
5. Indagini cliniche e di screening nei riceventi e nei loro partner
6. Impiego farmacologico per l'induzione dell'ovulazione
7. Preparazione al transfer per la donna ricevente
8. Monitoraggio ecografico dell'ovulazione e prelievo degli ovociti.

La valutazione economica delle tecniche di fecondazione eterologa da questa fase in poi si identifica con le tecniche di PMA omologhe.

Certificati medici per l'attività sportiva non agonistica

Roma, 8 agosto 2014

IL MINISTRO DELLA SALUTE

VISTO l'articolo 42-bis del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, convertito dalla legge 9 agosto 2013, n.98, e s. m. ed in particolare il comma 2, nel rispetto del quale i certificati per l'attività sportiva non agonistica sono rilasciati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, relativamente ai propri assistiti, o dai medici specialisti in medicina dello sport, ovvero dai medici della Federazione medico sportiva italiana del Comitato olimpico nazionale italiano, avvalendosi dell'esame clinico e degli accertamenti, incluso l'elettrocardiogramma, secondo linee guida approvate con decreto del Ministro della salute, su proposta della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sentito il Consiglio superiore di sanità;

VISTO il decreto ministeriale 18 febbraio 1982, "Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica";

VISTO il decreto interministeriale 24 aprile 2013, "Disciplina della certificazione dell'attività sportiva non agonistica e amatoriale e linee guida sulla dotazione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita";

ACQUISITA dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri in data 17 febbraio 2014, la proposta di linee guida in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica;

CONSIDERATO il parere del Consiglio superiore di Sanità adot-

tato nella seduta del 17 giugno 2014;

TENUTO CONTO dell'aumentato rischio cardiovascolare legato all'età per coloro che hanno superato i sessanta anni e che associano altri fattori di rischio cardiovascolari;

SENTITO il gruppo di lavoro in materia di medicina dello sport istituito presso il Ministero della salute;

RITENUTO di dover adottare le linee guida di indirizzo per i medici certificatori circa gli esami cими e gli accertamenti finalizzati al rilascio del certificato medico;

DECRETA

Articolo 1

Ambito della disciplina

1. Il presente decreto, in attuazione del comma 2 dell'articolo 42-bis del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, convertito con modificazioni dalla legge 9 agosto 2013, n. 98, e s. m., approva le linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica, allegate al presente decreto quale parte integrante (All.1).

2. È confermato il modello del certificato di cui all'allegato C del decreto interministeriale 24 aprile 2013 (All.2)



Linee Guida per i certificati medici All. 1

1. Si definiscono attività sportive non agonistiche quelle praticate dai seguenti soggetti:

- gli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche;
- coloro che svolgono attività organizzate dal CONI, da società sportive affiliate alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline

associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI, che non siano considerati atleti agonisti ai sensi del decreto ministeriale 18 febbraio 1982;

- coloro che partecipano ai Giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale.

segue a pag. 23

Per la “giornata del medico e dell’odontoiatra 2014”

Torna la “banda dei medici” all’Auditorium sabato 13 dicembre

Dopo averci raccontato delle straordinarie evoluzioni socioculturali e musicali degli anni 60 di là e di qua dall’Oceano, rispettivamente in California Dreamin’s ed in Magical History Tour, i due apprezzati spettacoli degli scorsi anni, gli *Oldies But Goldies* approdano al 3° appuntamento del loro lungo e meticoloso viaggio sentimental-culturale nella storia della musica rock con un sostanzioso ed intrigante capitolo dedicato agli anni 70: un decennio decisamente meno brillante del precedente, se non addirittura di deprimente reflusso dal punto di vista sociale e politico, ma testimo-

ne di una creatività artistica sbalorditiva, caratterizzata dal fiorire di una miriade fortunata di stili e generi totalmente diversi fra di loro. Ardua impresa quindi per gli *Oldies* quella di riprodurre la grande varietà di sfumature stilistiche di un’epoca così diversificata, passando ad esempio attraverso “progressive”, “hard rock”, “disco music”, “reggae” ed altre “colorazioni” del rock non propriamente tipiche del repertorio usuale del gruppo. Riusciranno dunque i nostri eroi a sopravvivere agli anni Settanta? Con il loro ormai collaudato armamentario multimediale, fatto di filmati e immagini d’epo-

ca, storie raccontate e testi tradotti, gli *Oldies* ci riproveranno con la solita dedizione; come sempre il loro scopo è riuscire a divertire e interessare il pubblico variegato ed affezionato che attende con trepidazione ogni successivo appuntamento con le loro poco frequenti ma coinvolgenti esibizioni. “I dottori del rock” saranno di scena all’Auditorium S. Chiara di Trento, sabato 13 dicembre alle ore 20:30, con uno spettacolo-concerto in cui proporranno una ventina di celebri canzoni, pietre miliari dell’epoca. Come da tradizione gli *Oldies* “lavoreranno” per divertire.



13 DICEMBRE 2014 - GIORNATA DEL MEDICO E DELL’ODONTOIATRA

Sala Conferenze n. 3 Centro Servizi Santa Chiara, Via Santa Croce 67, Trento

Ore 15.30 Assemblea Generale Ordinaria degli iscritti

Ore 16.30 Relazione dei Presidenti
Saluto dell’Ordine e delle Autorità

Ore 17.15 Presentazione dei Colleghi neoiscritti e cerimonia del “Giuramento di Ippocrate”

Ore 18.15 Riconoscimento ai Colleghi che hanno raggiunto i 50 anni di laurea

Ore 19.00 Buffet e brindisi natalizio

Ore 20.30 Concerto “ Oldies but Goldies”

Per ragioni organizzative è cortesemente richiesta la prenotazione al concerto indicando il numero dei partecipanti. Vi invitiamo pertanto a comunicare l’adesione l’Ordine telefonicamente 0461 – 825094 o con posta elettronica all’indirizzo info@ordinemedicitn.org

GLI "OLDIES BUT GOLDIES"





Aggiornamento 2014 Medici di Famiglia e Specialisti Ambulatoriali Appropriatezza delle prescrizioni in laboratorio

SALA CONVEGNI - SEDE DELL'ORDINE, VIA ZAMBRA 16, TRENTO - 6 DICEMBRE 2014

La revisione di spesa sanitaria impone una costante riflessione sulle modalità di massimo utilizzo delle risorse disponibili. Nell'ambito dell'accertamento clinico le indagini di laboratorio sono essenziali nella loro funzione diagnostica, di monitoraggio e prognostica, ma presentano margini di ottimizzazione che possono costituire un'importante voce di risparmio, senza nulla perdere del loro ruolo clinico.

PROGRAMMA 1ª edizione

08:00 – 08:30 Registrazione degli iscritti
08:30 – 09:00 Saluto delle Autorità ed introduzione al Corso

I sessione

Moderatori dott. Giuseppe Zumiani, Maurizio Viridia e Patrizio Caciagli

09:00 – 10:00 dott. Enrico Nava, Direttore del Distretto Centro Nord –Trento

La razionalizzazione della spesa sanitaria

10:00 – 11:00 dott.ssa Emanuela Toffalori, Dirigente Medico Patologia clinica Ospedale S. Chiara –Trento

Endocrinopatie

11:00 – 11:30 Coffee break

II sessione

Moderatori dott. Giuseppe Zumiani, Monica Costantini e Paolo Lanzafame

11:30 – 12:30 prof. Massimo Gion, Direttore Centro Regionale Biomarcatori, Presidio Ospedaliero Venezia-Mestre

I biomarcatori tumorali

12:30 – 13:30 dott.ssa Danila Bassetti, Dirigente Medico Microbiologia e Virologia Ospedale S. Chiara –Trento.

Autoimmunità e sierologia

13:30 – 14:00 Conclusioni.
Questionario di gradimento
Questionario di apprendimento

Presidente: dott. Giuseppe Zumiani, Presidente Ordine Medici di Trento

Segreteria organizzativa / scientifica: dott. Fabrizio Zappaterra

Tel. 0461 886651 - 3392116769 - 3351915222 - Fax 0461 886652 - mail: fadange@alice.it

Un premio prestigioso al lavoro del prof. Massimo Gion

Il prof. Massimo Gion, primario del Laboratorio di Analisi dell'Ospedale Dell'Angelo, noto per i suoi studi sui marcatori biologici di tumore, è stato insignito del prestigioso "Premio Internazionale per la prevenzione dei Tumori", istituito oltre trent'anni fa dalla Lega Italiana per la Lotta al Tumore-LILT e conferito, ogni quattro anni, ad una personalità scientifica che si sia particolarmente distinta nel campo della prevenzione dei tumori. Il premio è stato attribuito con la seguente motivazione: "Per essersi dedicato per oltre trent'anni allo studio dei marcatori in oncologia, contribuendo significativamente al buon uso degli stessi nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura dei tumori".

I marcatori biologici di tumore sono una nuova frontiera dell'oncologia: permettono di individuare un tumore nell'organismo umano prima di ogni macchinario diagnostico, e poiché sono in grado di "mapparne" le singole caratteristiche, possono dare indicazioni preziose per la scelta delle terapie più efficaci.

Il premio è stato assegnato da una commissione scientifica composta da alcuni tra i più prestigiosi oncologi italiani e sarà consegnato al prof. Gion il 7 marzo prossimo a Latina, la cui sede Lilt fu l'ideatrice del premio.

segue da pag. 18

MEDICI CERTIFICATORI

1. I certificati per l'attività sportiva non agonistica sono rilasciati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, relativamente ai propri assistiti, o dai medici specialisti in medicina dello sport ovvero dai medici della Federazione medico sportiva italiana del Comitato olimpico nazionale italiano.

PERIODICITÀ DEI CONTROLLI E VALIDITÀ DEL CERTIFICATO MEDICO

1. Coloro che praticano attività sportive non agonistiche si sottopongono a controllo medico annuale che determina l'idoneità a tale pratica sportiva.
2. Il certificato medico ha validità annuale con decorrenza dalla data di rilascio.

ESAMI CLINICI, ACCERTAMENTI E CONSERVAZIONE DEI REFERTI

1. Ai fini del rilascio del certificato medico, è necessario quanto segue:

- l'anamnesi e l'esame obiettivo, completo di misurazione della pressione arteriosa;
- un elettrocardiogramma a riposo, debitamente refertato, effettuato almeno una volta nella vita;
- un elettrocardiogramma basale debitamente refertato con periodicità annuale per coloro che hanno superato i 60 anni di età e che associano altri fattori di rischio cardiovascolare;
- un elettrocardiogramma basale debitamente refertato con periodicità annuale per coloro che, a prescindere dall'età, hanno patologie croniche conclamate, comportanti un aumentato rischio cardiovascolare.

2. Il medico certificatore tenuto conto delle evidenze cliniche e/o diagnostiche rilevate, si può avva-

lere anche di una prova da sforzo massimale e di altri accertamenti mirati agli specifici problemi di salute. Nei casi dubbi il medico certificatore si avvale della consulenza del medico specialista in medicina dello sport o, secondo il giudizio clinico, dello specialista di branca.
3. Il medico certificatore conserva copia dei referti di tutte le indagini diagnostiche eseguite, nonché dell'ulteriore documentazione di

cui ai precedenti commi, in conformità alle vigenti disposizioni e comunque per la validità del certificato.

4. Per quanto riguarda i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, l'obbligo di conservazione dei documenti può essere assolto anche dalla registrazione dei referti nella scheda sanitaria individuale informatizzata, ove attivata.

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico All. 2

Sig. ra/sig _____
nato/a a _____
il ____/____/_____
residente a _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data ____/____/_____, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo, data, _____

timbro e firma del medico certificatore.

Cos'è l'attività sportiva agonistica

Fabrizio Zappaterra

Le "Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica" sono dettate dal **Decreto 18 febbraio 1982 del Ministero della Sanità**, integrate e rettifiche a mezzo del **Decreto 28 febbraio 1983** dello stesso sull'attività non agonistica, oggi definitivamente superato dal DM 08/08/2014.

La Circolare del Ministero della Sanità 31/1/1983, n.7 – Prot. n° 500.3/Med.Sport – esplicativa del D.M. 18/2/1982 "Norme per la tutela sanitaria del-

la attività sportiva agonistica" chiarisce che per agonismo si intende "quella forma di attività sportiva praticata sistematicamente e/o continuativamente e soprattutto in forma organizzata dalle Federazioni Sportive Nazionali, dagli Enti di Promozione Sportiva riconosciuti dal CONI e dal Ministero della Pubblica Istruzione per quanto riguarda i Giochi della Gioventù a Livello Nazionale, per il conseguimento di prestazioni sportive di un certo livello". L'attività sportiva agonistica non è quindi sinonimo

di competizione. L'aspetto competitivo, infatti, che può essere presente in tutte le attività sportive, da solo non è sufficiente a configurare nella forma agonistica un'attività sportiva. La qualificazione agonistica a chi svolge attività sportiva, pertanto, è demandata alle Federazioni Sportive Nazionali o agli Enti Sportivi riconosciuti.

Normativa vigente

L'attività di accertamento e certificazione ai fini dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica è svolta **SOLO** da:

- servizi pubblici di medicina dello sport;
- soggetti privati autorizzati dalla Provincia a svolgere l'attività di accertamento e certificazione, operanti in ambulatori o studi professionali.

L'autorizzazione alla certificazione viene **rilasciata dalla Provincia** ai soggetti privati richiedenti, previa verifica della sussistenza dei seguenti requisiti:

- possesso, da parte del medico che effettua gli accertamenti sanitari e rilascia la certificazione di idoneità o non idoneità, **del diploma di specializzazione in medicina dello sport** o dell'attestato di cui all'articolo 8 della legge 1099 del 1971;
- possesso dell'autorizzazione di cui al D.P.G.P. n. 30-48/Leg di data 27 novembre 2000 nel caso in cui il soggetto privato operi in ambulatorio;
- disponibilità presso l'ambulatorio o lo studio professionale di adeguate attrezzature e dispositivi medici, in relazione alla specificità dell'attività svolta.

Le visite devono essere eseguite unicamente nei locali autorizzati.

Con circolare del 20 maggio 2008, è stata inviata a tutti gli Assessorati alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e

Bolzano, le **tabelle relative all'età minima di accesso all'attività agonistica**, ex D.M. 18/2/1982- L'età minima di accesso all'attività agonistica, relativa alle singole discipline sportive ed indicate nella predetta tabella, è stata approvata dal Consiglio Superiore di Sanità nella seduta del 9 aprile 2008 in base alle indicazioni fornite dal CONI.

Gli sport sono stati suddivisi in due tipologie, a seconda dell'impegno necessario: gli sport di **Tabella A**, con impegno muscolare e cardio-respiratorio lieve o moderato, gli sport di **Tabella B** con impegno elevato. In base alla tabella di appartenenza vengono effettuati diversi tipi di accertamenti.

SPORT di TABELLA "A"	SPORT di TABELLA "B"
<ul style="list-style-type: none"> • Visita medica • Esame completo delle urine • Elettrocardiogramma a riposo L'idoneità di tipo A può avere validità annuale o biennale Validità annuale: AUTOMOBILISMO VELOCITÀ, MOTOCICLISMO (cross, enduro, trial, velocità), MOTONAUTICA, BOB-SLITTINO, TUFFI. Validità biennale: AUTOMOBILISMO REGOLARITÀ, BOCCE, GOLF, KARTING, ARCO, TAMBURELLO, TENNIS TAVOLO.	<ul style="list-style-type: none"> • Visita medica • Esame completo delle urine • Elettrocardiogramma a riposo • Elettrocardiogramma dopo step-test • Spirometria L'idoneità di tipo B ha validità annuale: ATLETICA LEGGERA, BASEBALL e SOFTBALL, BASKET, CALCIO, CALCIO A 5, CANOA e KAJAK, CANOTTAGGIO, CICLISMO, GINNASTICA, HOCKEY, JUDO, LOTTA, NUOTO, PALLAMANO, PALLANUOTO, PALLAVOLO, PESISTICA, RUGBY, SCHERMA, SCI, SPORT EQUESTRI, SPORT SUBACQUEI, TENNIS ...

Per alcuni sport, sia per escludere la presenza di patologie specifiche che potrebbero controindicare l'avvio alla pratica, sia per escludere possibili danni che la pratica intensiva di tali sport può potenzialmente causare, la legge prevede poi ulteriori esami specialistici di protocollo. Altri esami aggiuntivi possono essere obbligatori dopo il compimento di determinate età.

Il tennis, ad esempio, ha una tipologia di visita di tipo B a periodicità annuale e prevede:

- Visita medica
- Esame completo delle urine
- Elettrocardiogramma a riposo
- Elettrocardiogramma dopo step-test con calcolo dell'IRI.
- Spirometria
- Elettrocardiogramma da sforzo dopo i 40 anni di età.

STEP TEST CON INDICE DI RECUPERO (IRI)

Consiste nel salire e scendere uno scalino alto 30-40-50 cm. (rispettivamente per bambini, donne e uomini), per 3 minuti alla frequenza di 30 cicli al minuto (90 salite).

Terminata la prova, dopo 1 minuto e per 30 secondi di seguito, si controlla la frequenza cardiaca (n° di pulsazioni in 30 secondi).

Il valore misurato permette il calcolo dell'IRI:

- Da 25 a 32 = OTTIMO
- Da 33 a 40 = BUONO
- Da 41 a 54 = DISCRETO
- Da 55 a 65 = SUFFICIENTE
- Oltre 65 = INSUFFICIENTE

Quando, all'atto della visita di idoneità si verificano dei dubbi diagnostici, lo specialista può far ricorso ad altri accertamenti per escludere la presenza di patologie che possano controindicare l'attività sportiva.

Alimentazione e idratazione sono “atti medici” che il paziente o il suo rappresentante legale possono rifiutare

Fabrizio Zappaterra

A distanza di cinque anni dalla sua morte, Eluana Englaro, tramite il padre Beppino, ha vinto un'altra battaglia, spazzando via l'ultimo ostacolo che era stato posto dagli organi istituzionali sul loro percorso di conquista, a suon di sentenze, dei diritti di fine vita in Italia.

Per comprendere appieno la valenza dell'ultima sentenza in ordine di tempo, ripercorriamo alcune delle tappe della giurisprudenza che hanno marcato il percorso della vicenda Englaro e, contemporaneamente, disegnato i confini entro i quali devono essere applicate le norme di diritto valide per tutti.

Eluana Englaro è in Stato Vegetativo Permanente (SVP) dal 1992 in seguito ad un incidente stradale, quando il padre chiede la sospensione dell'alimentazione mediante SNG a partire dal 1999.

La Corte di Cassazione – Sez. I Civ. con la sentenza n. 21748 del 16/10/2007 stabilisce che: *“il soggetto capace può rifiutare anche le cure indispensabili a tenerlo in vita, ma non nel caso del soggetto incapace di cui non sia certa la volontà e per il quale sia in atto solo un trattamento di nutrizione ... indispensabile ...*

Il Giudice può autorizzare la sospensione solo se sono presenti contemporaneamente le seguenti condizioni:

1. istanza realmente espressiva, in base ad elementi di prova chiari, concordanti e convincenti, della voce del rappresentato;
2. quando lo stato vegetativo è irreversibile.

La Corte d'Appello di Milano (decreto del 9.7.2008):

- afferma l'irreversibilità dello SVP.
- procede alla ricostruzione della volontà presunta di Eluana. Le testimonianze delle amiche sono considerate *“attendibili”* e comprovate dalla convergente posizione del rappresentante legale e della curatrice speciale. Elementi di prova ritenuti *“chiari, univoci e convincenti”*.

- **Autorizza l'interruzione**, disponendo una serie di misure volte ad alleviare *“l'eventuale disagio”*, specificate in un apposito *“protocollo”* attuativo del decreto.

Il 31 luglio 2008 la Procura Generale di Milano presenta ricorso in Cassazione contro il suddetto decreto in relazione all'irreversibilità dello SVP.

La Corte di Cassazione – Sezioni Unite – Sent. n. 27145/08 del 13 novembre 2008 respinge il ricorso.

Beppino Englaro chiede alla Regione di mettere a disposizione una struttura per il distacco del sondino naso-gastrico che alimentava e idratava artificialmente Eluana.

La Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia il 3 settembre 2008 emana un provvedimento di reiezione della domanda.

la Regione Lombardia, pur manifestando sentimenti di solidarietà e vicinanza al tutore per quanto stava accadendo alla sua famiglia, con respingeva la richiesta del tutore, *“in quanto le strutture sanitarie sono deputate alla presa in carico diagnostico – assistenziale dei pazienti”* e in tali strutture, hospice compresi, deve essere garantita l'assistenza di base che si sostanzia nella nutrizione, idratazione e accudimento delle persone e, in

particolare, negli *hospice* possono essere accolti solo malati in fase terminale.

La nota aggiungeva che il personale sanitario che avesse proceduto, in una delle strutture del Servizio Sanitario, alla sospensione dell'idratazione e alimentazione artificiale sarebbe venuto meno ai propri obblighi professionali e di servizio, anche in considerazione del fatto che il provvedimento giurisdizionale, di cui si chiedeva l'esecuzione, non conteneva un obbligo formale di adempiere a carico di soggetti o enti individuati.

Avverso tale decisione proponeva ricorso avanti al T.A.R. Lombardia Beppino Englaro, deducendo, con un unico motivo, la violazione e la falsa applicazione degli artt. 2, 13, 32 e 33, comma primo, Cost., e in special modo degli artt. 1, 7, 11 e 25 e ss. della l. 833/1978, in relazione agli artt. 24, 101, 102, 111 e 117 Cost. e ai principi sull'esecuzione dei provvedimenti giurisdizionali, l'illogicità manifesta e la manifesta irragionevolezza, lo sviamento e l'eccesso di potere.

Il ricorrente lamentava che il provvedimento impugnato sostanziasse un autentico **“atto di ribellione”** della Regione Lombardia **al diritto**.

Assumeva ancora il ricorrente che sarebbe comunque **abnorme e manifestamente lesivo della libertà dell'esercizio della professione intellettuale**, anche agli effetti dell'art. 33, comma 1, Cost. oltre che del diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost., **che un organo amministrativo della Regione stabilisse quali fossero gli obblighi professiona-**

li del medico in riferimento a cure e trattamenti da praticarsi ad un singolo paziente, poiché ciascuno, adottando tale ordine d'idee, potrebbe vedersi elargiti o negati dal "suo" medico trattamenti sanitari o cure ad arbitrio dell'Amministrazione.

Il TAR lombardo con **sentenza n. 314 del 26/01/2009 ha annullato il provvedimento della DG Sanità**.

Secondo il giudice, infatti, il paziente che rifiuta le cure e, quindi, anche l'alimentazione e l'idratazione artificiale, ha diritto a che le siano apprestate tutte le misure, suggerite dagli standards scientifici riconosciuti a livello internazionale, atte a garantirle un adeguato e dignitoso accudimento accompagnatorio della persona, durante tutto il periodo successivo alla sospensione del trattamento di sostegno vitale, rientrando ciò a pieno titolo nelle funzioni amministrative di assistenza sanitaria.

La manifestazione di tale consapevole rifiuto renderebbe doverosa la sospensione dei mezzi terapeutici, il cui impiego non dia alcuna speranza di uscita dallo stato vegetativo in cui versa la paziente e non corrisponda alla sua volontà. Tale obbligo sussiste anche ove sia sospeso il trattamento di sostegno vitale, con conseguente morte del paziente, giacché tale ipotesi non costituisce, secondo il nostro ordinamento, una forma di eutanasia, bensì la **scelta insindacabile del malato di assecondare il decorso naturale della malattia sino alla morte**.

La Regione Lombardia (Formigoni Governatore) inoltrò ricorso al Consiglio di Stato contro tale sentenza.

Intanto Eluana venne trasferita in Friuli, in una clinica di Udine ed il 6 febbraio 2009 fu avviato il "protocollo" di interruzione dell'alimentazione e dell'idratazione.

Il Governo, nel frattempo, approvò un decreto legge per fermare questa procedura, ma il Presidente della Repubblica si rifiutò di firmarlo per mancanza di requisiti.

Il 9 febbraio 2009 Eluana ha quindi cessato di vivere e questo avrebbe dovuto interrompere l'iter processuale, per sopravvenuto difetto di interesse e chiara e certa inutilità di una pronuncia di annullamento dell'atto impugnato (v. Cons. St., sez. V, 13.1.2014, n. 70 e sez. IV, 29.4.2014, n. 2231), ma **la Regione Lombardia ha ritenuto sussistente il proprio interesse a pervenire ad una pronuncia d'appello sulla legittimità del proprio operato**, sottolineando, anzitutto, che attualmente esistono più di 400 persone in situazione di stato vegetativo permanente in carico al Servizio Sanitario Regionale, sicché la sentenza del T.A.R. Lombardia costituirebbe un pericoloso precedente, capace di rendere addirittura "attraente" (p. 6 del ricorso) il sistema sanitario lombardo per famiglie di soggetti in stato vegetativo permanente che desiderino un trattamento analogo a quello richiesto dal tutore di Eluana. Non potrebbe quindi negarsi un interesse, anche solo strumentale o morale, ad una pronuncia del giudice, anche **al fine di orientare autorevolmente la futura attività della pubblica amministrazione**.

Questo interesse è stato fermamente contestato da Englaro in quanto il ricorso costituiva nient'altro che un tentativo surrettizio illegittimo e dunque, proprio in quanto tale, inammissibile di rimettere in discussione il contenuto e gli effetti vincolanti, per il caso di Eluana Englaro e per esso solo, derivanti da pronunciamenti divenuti inoppugnabili dell'autorità giudiziaria ordinaria (Cassazione, sentenza della sez. I, 16.10.2007, n. 21748),

riguardanti la natura di trattamento sanitario riconoscibile all'alimentazione e all'idratazione artificiali; la configurabilità di un eventuale "abbandono del malato" in ipotesi di accanimento terapeutico, l'erogabilità di una prestazione sanitaria, come quella richiesta ad opera e a carico del Servizio Sanitario; il potere riconosciuto dall'ordinamento ad un qualsivoglia organo giurisdizionale, ordinario o amministrativo che sia, di imporre agli operatori sanitari di interrompere la nutrizione e l'idratazione artificiali, determinando ineluttabilmente il decesso del malato.

L'appello della Regione, sostiene il tutore nella memoria di replica, non riguarderebbe dunque la sentenza del T.A.R., pur formalmente impugnata, ma mirerebbe, per vie traverse e non consentite, a fungere da impugnazione delle decisioni delle autorità giudiziarie ordinarie, Corte di Cassazione e Corte d'Appello di Milano, già passate in giudicato.

Il **Consiglio di Stato** ha ritenuto di doversi pronunciare e con **sentenza n. 04460 del 17/07/2014** ha respinto tutti e quattro i motivi di censura proposti dalla Regione Lombardia.

In particolare, per quanto è di interesse generale **"Non v'è dubbio che l'idratazione e l'alimentazione artificiali con sondino nasogastrico costituiscono un trattamento sanitario" e che "esse, infatti, integrano un trattamento che sottende un sapere scientifico, che è posto in essere da medici, anche se poi proseguito da non medici, e consiste nella somministrazione di preparati come composto chimico implicanti procedure tecnologiche (Cass., sez. I, 16.10.2007, n. 21478)**.

Siffatta qualificazione è, del resto, convalidata dalla comunità

scientifica internazionale, come ha osservato la Suprema Corte.

La nutrizione e l'idratazione artificiale costituiscono trattamenti medici.

La tesi della Regione appellante è, in tal senso, destituita di fondamento scientifico né può trovare solido conforto nel parere, per quanto autorevole sul piano morale, di una commissione (Commissione Nazionale di Bioetica) che non ha per legge competenze scientifiche in materia o di un mero atto di indirizzo del Ministro delle Politiche Sociali, che proprio a tale parere si richiama e che non può certo, per factum principis, imporre una definizione scientifica di trattamento sanitario. Questo Consiglio già in una propria precedente pronuncia ha chiarito che la nutrizione artificiale è un complesso di procedure mediante le quali è possibile soddisfare i fabbisogni nutrizionali di pazienti che non sono in grado di alimentarsi sufficientemente per la via naturale (v., sul punto, Cons. St., sez. III, 2.9.2013, n. 4364).

La società scientifica di riferimento in Italia, la Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale (SINPE), nelle sue Precisazioni in merito alle implicazioni bioetiche della nutrizione artificiale del gennaio 2007, ha definito appunto tale forma di nutrizione come "un complesso di procedure mediante le quali è possibile soddisfare i fabbisogni nutrizionali di pazienti non in grado di alimentarsi sufficientemente per via naturale".

Si distinguono, in particolare, due tipi di nutrizione artificiale (NA): la forma parenterale, in cui i nutrienti (acqua, glucosio, aminoacidi, elettroliti, grassi, vitamine, oligoelementi) vengono immessi direttamente nella circolazione sanguigna attraverso

una vena di grosso calibro, e la forma enterale, in cui i nutrienti sono somministrati direttamente nel tubo digerente mediante apposite sonde inserite dal naso oppure attraverso orefizi creati chirurgicamente nell'addome (le cc.dd. stomie e, tipicamente, la PEG, Percutaneous Endoscopic Gastrostomy).

Nel caso di E.E. la nutrizione artificiale era di tipo enterale e veniva somministrata tramite un sondino naso-gastrico.

La SINPE, che ha fatto propria la posizione di omologhe società internazionali, ha chiarito che **"la NA è da considerarsi, a tutti gli effetti, un trattamento medico fornito a scopo terapeutico o preventivo" e che "la NA non è una misura ordinaria di assistenza (come lavare o imboccare il malato non autosufficiente)" poiché essa ha, come tutti i trattamenti medici, indicazioni, controindicazioni ed effetti indesiderati.**

L'attuazione della NA, proprio per questo, presuppone e prevede il consenso informato del paziente o del suo delegato, secondo le norme del codice deontologico.

L'inserimento, il mantenimento e la rimozione del sondino naso-gastrico o della PEG sono dunque atti medici, previsti e attuati nell'ambito e in funzione di una precisa e consapevole strategia terapeutica adottata con il necessario consenso del paziente.

L'alimentazione e l'idratazione artificiale non possono in alcun modo essere considerati una forma di alimentazione sui generis, quasi un regime dietetico a parte, un surrogato della normale alimentazione e idratazione naturale.

Essi richiedono l'impiego di particolari tecniche mediche, che devono essere poste in pratica da

personale specializzato, un costante monitoraggio della situazione nutrizionale e metabolica, stante anche il particolare contenuto e gli eventuali effetti indesiderati dei nutrienti forniti attraverso l'alimentazione e l'idratazione artificiale, una valutazione della loro efficacia terapeutica che solo il medico, e non altri, può compiere.

Tali osservazioni sono state sostenute e fatte proprie dalle maggiori società scientifiche internazionali e nelle conclusioni raggiunte dal Gruppo di Lavoro su nutrizione e idratazione nei soggetti in stato di irreversibile perdita della coscienza, istituito con Decreto del Ministro della Sanità del 20.10.2000 e rese pubbliche nel 2001.

La tesi della Regione, dunque, è scientificamente infondata, oltre che giuridicamente inammissibile, e va respinta.

L'obbligo del ricovero, da parte del Servizio Sanitario, non sussiste solo nei casi in cui si debba (e si possa) curare una determinata patologia. Interrompere l'accudimento non integra un comportamento riconducibile alla fattispecie dell'art. 579 c.p. (omicidio del consenziente) e neppure contrario ai principi secondo cui, in tutte le strutture del Servizio Sanitario Nazionale, deve essere garantita l'assistenza di base, che si sostanzia nella nutrizione, nell'idratazione e nell'accudimento delle persone.

Assecondare la volontà del paziente di interrompere la prestazione sanitaria, mediante il distacco del sondino naso-gastrico, e di accompagnarlo ad una "serena morte" non configura un "diritto a morire" imprevisto nel nostro ordinamento e, soprattutto, non contemplato dalla complessa disciplina di settore, che regola il Servizio Sanitario



parte del diretto interessato, ha chiarito ancora la Cassazione, c'è spazio – nel quadro della c.d. “alleanza terapeutica”, che tiene uniti il malato ed il medico nella ricerca, insieme, di ciò che è bene rispettando i percorsi culturali di ciascuno – per una strategia della persuasione.

Ma, allorché il rifiuto abbia tali connotati, non c'è possibilità di disattenderlo in nome di un dovere di curarsi come principio di ordine pubblico.

Lo si ricava dallo stesso testo dell'art. 32 Cost., per il quale i trattamenti sanitari sono obbligatori nei soli casi espressamente previsti dalla legge, sempre che il provvedimento che li impone sia volto ad impedire che la salute del singolo possa arrecare danno alla salute degli altri e che l'intervento previsto non danneggi, ma sia anzi utile alla salute di chi vi è sottoposto (Corte cost., sentenze n. 258 del 1994 e n. 118 del 1996).

Soltanto in questi limiti è costituzionalmente corretto ammettere limitazioni al diritto del singolo alla salute, il quale, come tutti i diritti di libertà, implica la tutela del suo risvolto negativo: il diritto di perdere la salute, di ammalarsi, di non curarsi, di vivere le fasi finali della propria esistenza secondo canoni di dignità umana propri dell'interessato, finanche di lasciarsi morire.

Dall'antico paternalismo medico, che vedeva informazione e consenso del paziente rimessi integralmente all'apprezzamento del medico, unico sostanzialmente a sapere e decidere cosa fosse “bene”, in termini curativi, per il paziente, anche la nostra giurisprudenza, dopo un lungo e travagliato percorso, è pervenuta così all'affermazione del moderno principio dell'alleanza terapeutica, snodo decisivo sul piano cul-

Nazionale, e tra i LEA, i livelli essenziali di assistenza sanitaria. La Suprema Corte di Cassazione ha affermato il fondamentale principio che il consenso informato ha come correlato la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche di eventualmente rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale.

Ciò è conforme al principio personalistico che anima la nostra Costituzione, la quale vede nella persona umana un valore etico in sé; vieta ogni strumentalizzazione della medesima per alcun fine eteronomo ed assorbente;

concepisce l'intervento solidaristico e sociale in funzione della persona e del suo sviluppo e non viceversa, e guarda al limite del “rispetto della persona umana” in riferimento al singolo individuo, in qualsiasi momento della sua vita e nell'integralità della sua persona, in considerazione del fascio di convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche che orientano le sue determinazioni volitive.

Deve escludersi, ha stabilito ancora la Suprema Corte, che il diritto alla autodeterminazione terapeutica del paziente incontri un limite allorché da esso consegua il sacrificio del bene della vita. Di fronte al rifiuto della cura da

turale prima ancor che giuridico, poiché riporta il singolo paziente, la sua volontà, il suo consenso informato e, quindi, il singolo paziente quale soggetto e non oggetto di cura al centro del percorso sanitario, nel quale medico e paziente concorrono nella scelta della strategia terapeutica più rispondente alla visione della vita e della salute propria della persona che si sottopone alla cura.

La decisione terapeutica ha nel consenso informato e nell'autodeterminazione del paziente il suo principio e la sua fine, poiché è il paziente, il singolo paziente, e non un astratto concetto di cura, di bene, di "beneficialità", il valore primo ed ultimo che l'intervento medico deve salvaguardare.

Nessuna visione della malattia e della salute, nessuna concezione della sofferenza e, correlativamente, della cura, per quanto moralmente elevata o scientificamente accettata, può essere contrapposta o, addirittura, sovrapposta e comunque legittimamente opposta dallo Stato o dall'amministrazione sanitaria o da qualsivoglia altro soggetto pubblico o privato, in un ordinamento che ha nel principio personalistico il suo fondamento, alla cognizione che della propria sofferenza e, correlativamente, della propria cura ha il singolo malato.

Ciò non deve naturalmente comportare un pericoloso soggettivismo curativo o un relativismo terapeutico nel quale è "cura" tutto ciò che il singolo malato vuole o crede, perché nell'alleanza terapeutica è e resta fondamentale l'insostituibile ruolo del medico nel selezionare e nell'attuare le opzioni curative scientificamente valide e necessarie al caso, ma solo ribadire che la nozione statica e "medicale" di salute, legata cioè ad una dimensione oggettiva

e fissa del benessere psicofisico della persona, deve cedere il passo ad una concezione soggettiva e dinamica del concreto contenuto del diritto alla salute, che si costruisce nella continua e rinnovata dialettica medico-paziente, di modo che tale contenuto, dal suo formarsi, al suo manifestarsi sino al suo svolgersi, corrisponda effettivamente all'idea che di sé e della propria dignità, attraverso il perseguimento del proprio benessere, ha il singolo paziente per realizzare pienamente la sua personalità, anzitutto e soprattutto nelle scelte, come quelle di accettare o rifiutare le cure, che possono segnare il destino.

L'assenza di una specifica disciplina legislativa, che sia intervenuta, almeno attraverso una normazione di principio, a regolamentare le cc.dd. direttive anticipate di trattamento e a chiarire il contenuto di tale complesso rapporto, aggrava certo la risoluzione di tale questioni e rende arduo all'interprete ricostruire, in un'operazione ricognitiva di più vasto e sistematico respiro, il quadro ordinamentale.

Un intervento legislativo è tanto più necessario e indilazionabile per i delicati profili connessi alla vincolatività delle direttive anticipate di trattamento date dal paziente nei confronti del medico, che in altre esperienze giuridiche, come quello tedesca e spagnola, ha ricevuto una risposta positiva; per la eventuale responsabilità penale del medico, a titolo di omicidio del consenziente (art. 579 c.p.), che con una condotta attiva e non solo omissiva, seppure su richiesta espressa del paziente, interrompa le cure e ne determini la morte, che si ritiene, seppure non senza contrasti, sia scriminata, ai sensi dell'art. 51 c.p., proprio dall'adempimento

di un dovere; sull'eventuale previsione dell'obiezione di coscienza, dovendosi comunque garantire la libertà di coscienza che ciascun medico, nella propria autonomia professionale, indubbiamente ha; sull'organizzazione, da ultimo ma non per ultimo, della struttura sanitaria e del personale medico chiamato a ricevere e ad attuare le direttive anticipate di trattamento e sui relativi protocolli.

A fronte del diritto, inviolabile, che il paziente ha, e – nel caso di specie – si è visto dal giudice ordinario definitivamente riconosciuto, di rifiutare le cure, interrompendo il trattamento sanitario non (più) voluto, sta correlativamente l'obbligo, da parte dell'amministrazione sanitaria, di attivarsi e di attrezzarsi perché tale diritto possa essere concretamente esercitato, non potendo essa contrapporre a tale diritto una propria nozione di prestazione sanitaria né subordinare il ricovero del malato alla sola accettazione delle cure.

Non è giuridicamente accettabile né scientificamente corretto, prima ancor che contrario ad ogni senso e principio dell'umanità, che esso sia di stampo personalistico o solidaristico, affermare o anche implicitamente ritenere che, anche dopo il rifiuto di un trattamento sanitario da parte del paziente, il tratto terminale della vita, che lo separa dall'interruzione della cura alla più che probabile morte, non possa e non debba anch'esso essere bisognoso e, quindi, meritevole di cura e di presa in carico da parte del Servizio Sanitario Nazionale, seppur nella declinazione di un concetto di "cura" diverso, nel mutato intendimento del paziente, da quello seguito sino a quel momento".

Grazie

Beppino Englaro

Nel 1918 la guerra mondiale favorì la pandemia di “spagnola”

La pandemia, che sul finire della prima guerra mondiale causò la morte di decine di milioni di esseri umani, prese il via da una fattoria nella contea di Haskell, in Texas, poco meno di trecento chilometri da Fort Riley, in Kansas, dove la “flu epidemic” divampò l'11 marzo 1918.

In quella fattoria di Haskell, nel gennaio del 1918 i medici rilevarono i primi casi di “polmonite fulminante”. Il virus restò circoscritto e confinato per alcune settimane fino a quando uno dei ragazzi della contea fu arruolato a Fort Riley perché gli Stati Uniti erano entrati in guerra, da poco, contro la Germania.

La mattina dell'11 marzo 1918, dapprima un sergente, poi un caporale e, a seguire, altri militari cominciarono a riversarsi nell'infermeria del campo, dove erano intruppati ventiseimila soldati pronti a partire per l'Europa.

Lamentavano febbre alta, vomito, dissenteria e tosse violenta con bava di sangue. A mezzogiorno i ricoverati nell'ospedale da campo erano già 107. In una settimana raggiunsero la cifra di 522. Il sergente Albert Gitchell morì quattro giorni dopo e il suo fu il primo caso ufficiale di morte per *spagnola*. Una pandemia che in dodici mesi causò più vittime di tutte le guerre del XX secolo; moltiplicò per cinque, se non per dieci, il numero dei soldati morti nel corso della prima guerra mondiale (che furono circa dodicimilioni); tre volte le vittime della peste nera del 1348 in Europa. Secondo il *Bulletin of*

Medical History, fra settembre e dicembre del 1918 fu infettato un miliardo di persone. I morti oscillarono fra 50 e 100 milioni.

A due mesi dal primo caso erano già stati coinvolti nel contagio ventiquattro dei ventisei campi d'addestramento militare e colpite trenta della cinquanta maggiori città degli Stati Uniti. Come i topi della peste del Trecento, annidati nelle stive dei velieri, i soldati americani trasferirono l'infezione dalla costa orientale degli Stati Uniti all'Europa. Il virus superò l'Atlantico e si propagò fra i campi di battaglia.

La penisola Iberica non ha alcuna primogenitura nell'infezione planetaria che passò alla storia come *febbre spagnola*. L'unica “colpa” degli Iberici, semmai, è che la Spagna non partecipava alla guerra. Diversamente dal resto d'Europa, a Madrid non c'era la censura militare.

Così, nel maggio del 1918, l'agenzia di notizie “Fabra” aveva diramato un dispaccio, annunciando

che otto milioni di spagnoli erano a letto con la febbre e lo stesso re Alfonso XIII stava poco bene. Una febbre bislacca: durava tre giorni e poi, almeno in quei primi mesi, scompariva. Certo, si registrava qua e là qualche decesso, ma erano soltanto le avvisaglie di un fenomeno carsico che, scomparso ai primi caldi, sarebbe ricomparso nell'autunno del 1918 più forte e virulento. Taluni hanno calcolato che, tra il 1918 e il 1921, i morti siano stati “soltanto” 21 milioni e 642 mila. Tra i Paesi maggiormente colpiti, in Europa, figurava la Russia con 450 mila morti, seguita a ruota dall'Italia con almeno 375 mila morti. Sono dati calcolati a spanne, sicuramente per difetto stante la rigida censura militare che ben si guardava dal consentire la pubblicazione di notizie che avrebbero potuto abbattere ulteriormente il morale delle truppe e delle popolazioni già stremate dalla guerra. Nell'inverno del 1918 l'Italia contava trentasei milioni di abitanti. Gli italiani colpiti dalla spagnola furono almeno cinque milioni.



Non è dato sapere con certezza quante furono le vittime nel Trentino “austriaco”, appena diventato “italiano”. C'è chi ipotizza non meno di diecimila morti ma la cifra va riferita con cautela. Infatti, è stata formulata tenendo conto che la popolazione trentina, nel 1920, superava di poco le 350 mila unità (centomila delle quali erano state evacuate dal Trentino negli anni della guerra) e la mortalità, in quel periodo, risulta più che raddoppiata. Nessun atto, nei registri parrocchiali, alla “causa di morte” porta la scritta “spagnola”, ma si trovano numerosi episodi di “grippe” (*influenza*, in spagnolo, francese e tedesco).

Per quanto riguarda la sanità c'è un “buco nero” su ciò che accadde in quei mesi alla popolazione sbandata. Nei documenti, relativi a quel periodo, non esiste alcuna relazione riferita alla *febbre spagnola*.

Scrivendo (1996) Giuseppe Olmi (“Studi Trentini di scienze storiche”): “Anche ammettendo che, nel Trentino, la spagnola non abbia colpito con particolare intensità, appare, infatti, comunque strano che di essa non venga in pratica mai fatto alcun accenno nei vari giornali quotidiani della regione. Sappiamo, è vero, che questa sorta di congiura del silenzio da parte delle autorità (e quindi anche dei giornali) si ebbe in tutti i Paesi belligeranti affinché non vi fossero cedimenti nello spirito pubblico nel momento in cui si stavano decidendo le sorti della guerra e poi per evitare di creare panico fra le popolazioni proprio quando, dopo anni di sofferenze, era stata finalmente raggiunta la pace. Tuttavia l'impressione che si ricava, pur sulla base di pochi dati, è che nel Trentino le autorità (prima militari e poi civili), consapevoli dei notevoli sforzi che dovevano essere compiuti da tutti per avviare una ricostruzione, abbiano prolungato nel tempo ed esteso un po' su tut-



te le malattie di tipo endemico che si manifestavano, questa cappa di silenzio o, almeno, di scarsa informazione”.

Non c'è famiglia, in Trentino, che non abbia avuto congiunti ghermiti dalla pandemia divampata negli ultimi mesi di guerra e proseguita sino alla primavera-estate del 1920. I nonni raccontavano di quella febbre che aveva colpito lo zio o la cognata o la vicina di casa, era durata lo spazio di pochi giorni e era finita, inesorabilmente, al cimitero. Morti di *spagnola* si ebbero per tutta la primavera del 1920. Senonché tra le cause di morte l'indicazione più frequente fu bronchite, polmonite, pneumonia.

Si ipotizza che la *spagnola* possa aver fatto “le prove generali” ben prima del 1918. Infatti, tra il 1916 e il 1917, numerosi militari britannici morirono per un'epidemia di catarro con sintomi che, due anni dopo, parvero simili a quelli della *spagnola*.

Scrivendo Richard Collier (“La malattia che atterrò il mondo”, Mursia, 1980): “Molti uomini avevano contratto l'influenza e molti ne erano morti ma poiché la guerra imponeva di mantenere il segreto, il personale militare non aveva fatto parola della malattia e dei decessi”.

Anche in Trentino i medici militari evitarono di parlare dell'epidemia. Lasciarono traccia in qualche diario postumo. Il medico Leopoldo Pergher (1868-1960) rievocò l'influenza nel 1923, senza dedicare, peraltro, grande spazio alle vittime.

“Nell'ultima settimana di maggio 1918 comparvero i primi casi di influenza che clinicamente non si distingueva dalla solita forma accusata in passato se non per la grande frequenza colla quale si complicava con bronchiti, pneumoniti, nefriti e pleuriti. La malattia incominciava bruscamente con brivido, febbre alta, cefalgia, sudori, dolori alle ossa, abbattimento generale. Oggettivamente, oltre la febbre, una leggera congiuntivite e faringite non si trovava nulla. La febbre il primo giorno oscillava fra i 39° e i 40°, già il giorno successivo si abbassava e al 3° o 4° giorno raggiungeva la norma. Il polso corrispondeva per frequenza alla temperatura, in qualche caso era rallentato. [...] La pneumonite da influenza attaccò i nostri ammalati con un'alta percentuale, circa il 30%. In molti casi si ebbero delle vere pneumoniti, nella maggioranza però si trattava di broncopneumoniti e la diagnosi differenziale fra le due forme fu spesso assai difficile”.

In verità, nei suoi “Appunti” del mese di novembre 1918, il medico Pergher aveva accennato alla pandemia: “Così improvvisamente la sera del 2 novembre mi trovai sulle spalle il Ginnasio vescovile con 80 malati gravissimi, e l'ospedale Pardubitz con un centinaio circa di malati e di feriti gravissimi. Oltre questo, io aveva assunto col primo del mese il servizio di medico comunale per la parrocchia di S. Maria [a Trento] ed avevo molto lavoro in città per la clientela privata,

data l'assenza da città di molti medici e l'imperversare dell'epidemia di febbre spagnola”.

Il 4 novembre 1918, il medico Pergher era stato incaricato dal comando italiano (che aveva preso possesso della città di Trento il giorno precedente) di occuparsi della sepoltura dei cadaveri. “Al mattino del 5 novembre, al cimitero, eranvi circa 94 cadaveri insepolti e più di venti erano i cadaveri ancor giacenti nei vari ospedali. Di questi cadaveri, 39 erano sconosciuti, una dozzina doveva la morte a ferite d'arma da fuoco, gli altri (quasi tutti austriaci) erano morti in seguito ad avvelenamento per gas asfissianti o a complicazioni di influenza (febbre spagnola)”.

Il virus contagiò una popolazione indebolita da quattro anni di guerra. In Italia i primi casi di “spagnola” si ebbero in provincia di Vicenza. Era settembre del 1918 quando un capitano medico dei reparti d'assalto dell'esercito italiano, invitò il sindaco di Sossano a chiudere le scuole perché tra “il militare” si era manifestata un'epidemia “di tifo”. Nell'impero degli Asburgo, con l'esercito impegnato su più fronti, la *spagnola* causò la morte di circa due milioni di soldati. E fu questa, secondo gli storici austriaci, la causa principale della sconfitta delle truppe della corona di Vienna.

Soltanto in Italia si calcola che siano morti a causa della spagnola non meno di 375 mila individui (qualcuno ipotizza una cifra che sfiora le 700 mila unità) con cinque milioni di colpiti. La maggior parte delle vittime sarebbe stata causata da complicanze dovute a quelle che i medici chiamano “infezioni opportunistiche”. Le infezioni batteriche si sarebbero sovrapposte al virus che aveva già abbondantemente “arato” gli organismi di una popolazione già debilitata da anni di guerra e di privazioni. Del resto, di lì a qualche tempo ci fu una coda della pandemia: l'*encefalite letargica* chiamata in Trentino “mal dela nona”. A causa della letargia, in Europa e Stati Uniti si contarono altri cinque milioni di morti.

Tale forma di encefalite si manifestò nel 1916 nei territori della corona di Vienna e si estese all'Europa e agli Stati Uniti. Raggiunse l'apice negli anni Venti del XX secolo. L'epidemia, che causava la morte di un terzo dei colpiti, si estinse verso il 1930. La maggior parte dei sopravvissuti, in seguito svilupparono i sintomi del morbo di Parkinson con tremori, rigidità muscolari e disturbi di vario genere, non ultimo di tipo psichico.

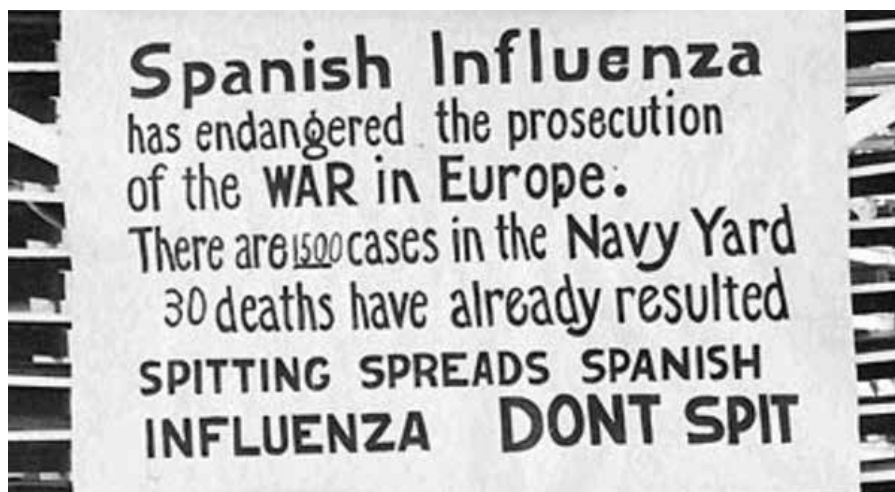
La *spagnola* arrivata dagli Stati Uniti, negli USA aveva condotto alla tomba centinaia di emigrati an-



che trentini. Lo documentano le tombe nei cimiteri di Silverton (foto sopra), Telluride, Ouray e di altre contrade del Colorado.

Certo, tra i minatori, trionfò la polmonite. Era chiamata “la febbre della montagna”. Aggrediva soprattutto coloro che erano maggiormente esposti alla polvere e all'umidità. Se non morivano per complicanze polmonari, arrivavano al cimitero con i polmoni “di sasso”, induriti dalla silicosi.

La *spagnola* ebbe un momento “di gloria” nell'autunno del 1918. In tre settimane, a Silverton, i morti di *spagnola* furono oltre 150. Come ai tempi delle pestilenze medievali, le morti furono tanto repentine che non fu possibile dare a ognuno una singola sepoltura. In un solo giorno, il 29 ottobre 1918, morirono 29 persone. Fu necessario scavare tombe comuni dove finirono, in quelle tre settimane d'autunno, almeno 90 delle 150 vittime.



La prima guerra mondiale invece sconfisse la pellagra

Costata la morte di 11.200 soldati (Kaiserjäger), decine di migliaia di profughi, un territorio devastato e uno spaventoso bilancio dei danni, in Trentino la prima guerra mondiale provocò almeno un fatto positivo: la scomparsa della *pellagra*.

Lo fece risaltare, alla ripresa delle pubblicazioni del "Bollettino dell'Associazione Medica Trentina", il dott. Guido de Probizer, il "padre" riconosciuto della... guerra senza quartiere alla pellagra. Il Bollettino, le cui pubblicazioni furono sospese nei primi mesi del 1915, uscì nuovamente nel 1921, avendo quale redattore il dott. Leonardo Nardelli.

Scrisse, pertanto il medico roveretano, sul numero di luglio, anno XXXVI: "L'endemia pellagrosa, che aveva raggiunto il suo massimo nel 1904, si era poi abbassata fino a 3500 nel 1915 ed ora, dopo la guerra, si può dire praticamente scomparsa. Il controllo sul granturco, i miglioramenti dietetici furono i fattori che influirono sulla discesa dell'endemia; assai utile fu l'istituzione di pellagrosari, che servirono anche come centri di propaganda, la sostituzione del pane alla polenta, la costruzione di nuovi panifici. Durante la guerra, non ostante le difficoltà alimentari, la pellagra scomparve, ciò che si spiega con il fatto che la farina di granturco era diventata una rarità; nel Friuli, invece, costretto a nutrirsi in gran parte di polenta, si ebbe, con la deficiente nutrizione, durante l'invasione, un notevole aumento di pellagra".

Dal 29 al 31 maggio 1921, a Trento, si tenne il congresso nazionale degli Igienisti. Il *Bollettino* faceva notare che "dopo i discorsi inaugurali, i congressisti visitarono la fossa del Castello rendendo omaggio alle tombe di Battisti, Filzi e Chiesa, sulle quali deposero corone di fiori. Indi si iniziò la discussione sul tema proposto: la propaganda igienica nella scuola".

A tale proposito, "l'insegnamento di igiene ai bambini va fatto dai maestri, i quali, a lor volta, vanno istruiti da medici, sia in corsi speciali, sia in quelli di pedagogia. Nelle scuole il medico deve essere soltanto collaboratore, mentre deve avere la prevalenza nelle istituzioni parascolastiche".

Meno di duecento medici nel Trentino del dopoguerra

L'indomani della prima guerra mondiale, gli iscritti alla "Camera medica (Ordine dei medici) di Trento" erano 199 (oggi sono 2.488; 466 gli odontoiatri).

Tra di loro figuravano nomi di spicco della sanità trentina post-bellica: il dott. Saverio Adami, direttore dell'ospedale di Tesero; il dott. Andrea Baroni direttore dell'ospedale di Borgo; il dott. Romano Bezzi, direttore del civico ospedale di Trento; il dott. Antonio Ciurcentaler, medico provinciale; il pediatra Carlo d'Anna; il dott. Benedetto Dordi, primario di chirurgia all'ospedale di Rovereto; il dott. Vittorio Fiorio, direttore dell'ospedale di Riva; il dott. Giusto Galli, direttore dell'ospedale di Madice (Bleggio); il dott. Guido Garbini, direttore del Manicomio di Pergine Valsugana; il dott. Giuseppe Gilli, primario di chirurgia del civico ospedale di Trento; il dott.

Azor Girardi, presidente della Camera Medica; l'oculista di Riva del Garda dott. Alessandro de Lutti; il dott. Tomaso Merler, assistente di chirurgia all'ospedale di Trento; il dott. Luigi Miori, direttore dell'ospedale di Arco; il dott. Leopoldo Pergher, già direttore dell'ospedale di Tesero e del civico ospedale di Trento; il roveretano dott. Guido de Probizer, Ispettore Sanitario Provinciale (*nella foto*); il dott. Gino Rigoni, direttore del laboratorio batteriologico di Trento; il ginecologo Giovanni Sartori di Trento; il dott. Alfeo Scrinzi, direttore dell'ospedale di Levico; il dott. Ivo Silvestri, direttore dell'ospedale di Cles; il dott. Vittorio Stenico, specialista in malattie nervose; il dott. Vincenzo Valdagni, ginecologo di Tenna.

Soltanto sei, i medici-dentisti iscritti (1921) alla "Camera" Trentina: il dott. Guido Binelli, di Riva del Garda; il dott. Giuseppe Confalonieri di Trento; il dott. Emilio Gerosa, di Trento; il dott. Carlo Lachman di Trento; il dott. Cesare Seppi di Trento; il dott. Ermenegildo Sicher, pure di Trento.



ECM – Dossier formativo

Fabrizio Zappaterra

Il 6 di settembre si è tenuto a Trieste il Convegno del Triveneto “**ECM – DOSSIER FORMATIVO**”, al quale ho partecipato in rappresentanza di Trento.

La formazione continua è stato introdotto in Italia nel **2001** con la riforma Bindi (**Decreto Legislativo n. 229/1999**), e successivamente in provincia di Trento nel **2002**, a seguito **dell’Accordo Stato Regioni 20 dicembre 2001**.

Con l’entrata in vigore delle Legge 244 del 2007 è stato stabilito che i destinatari del programma di Educazione Continua in Medicina sono tutti gli operatori sanitari indipendentemente dalla modalità di esercizio della loro attività.

Con la legge 148 del 2011 l’ECM è diventato un **obbligo di legge** e la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha stabilito in 150 i crediti richiesti per i trienni 2008-2010 e 2011-2013, conferma-

to dalla Conferenza Stato-Regioni anche per il triennio 2014-2016.

A Trento la formazione continua è attiva in proprio dal 2002 ed è ora disciplinata dalla **deliberazione della GIUNTA PROVINCIALE n. 929 del 06 Maggio 2011** “*Definizione del nuovo sistema provinciale di formazione continua del personale sanitario ECM: approvazione delle **Linee di indirizzo per la formazione continua e dei Criteri di accreditamento dei provider ECM della Provincia Autonoma di Trento***”. Con la quale sono stati recepiti gli accordi Stato-Regioni del 2009.

I provider accreditati in Provincia sono i seguenti:

RAGIONE SOCIALE	SEDE LEGALE
A.P.S.P. MARGHERITA GRAZIOLI	POVO - VIA DELLA RESISTENZA 63
A.P.S.P. RESIDENZA VALLE DEI LAGHI	CAVEDINE - VIA OSPEDALE 24
A.P.S.P. “S. SPIRITO - FONDAZIONE MONTEL”	PERGINE VALSUGANA - VIA MARCONI N. 4
ASSOCIAZIONE NAZIONALE DENTISTI ITALIANI	TRENTO - VIA GRAZIOLI 67
AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI	TRENTO - VIA DEGASPERI, 79
CASA DI CURA EREMO DI ARCO SRL	ARCO - VIA XXI APRILE, 1
CASA DI CURA SOLATRIX SPA	ROVERETO - VIA BELLINI N 11
CASA DI CURA VILLA BIANCA SPA	TRENTO - VIA PIAVE 78
CERP CENTRO DI RICERCA DI PSICOTERAPIA	TRENTO - VIA LIVIO MARCHETTI, 9
COLLEGIO I.P.A.S.VI.	TRENTO - VIA CALEPINA 75
COLL. PROFESS.LE DEI TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA ME	TRENTO - VIA DELLA MANTOVANA N. 2
FORMAT TRENTO SAS DI TELLOLI SILVANO & C.	TRENTO - VIA UNTERVEGER, 30
IMPLANTOLOGIA TRENTO ASSOCIAZIONE CULTURALE - ITAC	TRENTO - PLE EUROPA 19
ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA PROVINCIA DI TRENTO	TRENTO - CORSO BUONARROTI 39
ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI TRENTO	TRENTO - VIA VALENTINA ZAMBRA, 16
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOLATRI	TRENTO - VIA VALENTINA ZAMBRA 16
OSPEDALE S. CAMILLO	TRENTO - GIOVANELLI 19
PROGETTO SALUTE SRL	TRENTO - VIA MILANO 118
RUOLO TERAPEUTICO DI TRENTO	TRENTO - VIA DELLA CERVARA, 44
S.T. SERVIZI SRL	TRENTO - VIA DEL COMMERCIO, 78
STUDIO ACOMA	TRENTO - VIA DEI PARADISI 15
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TRENTO	TRENTO - VIA CALEPINA 14
U.P.I.P.A.	TRENTO - VIA SCIPIO SIGHELE N.7

L’Educazione Continua in Medicina (ECM) rappresenta l’insieme **organizzato e controllato** (non più ad iniziativa individuale, spesso estemporanea) di tutte le attività formative, sia teoriche che pratiche, promosse da specifici fornitori pubblici e privati, con lo scopo di cre-

are un **percorso di attività formative finalizzato a sviluppare durante tutto l’arco della vita professionale le conoscenze, le qualifiche e le competenze** dei professionisti della salute.

Il **Dossier formativo** compendia il **profilo anagrafico/professiona-**

le, (curriculum, collocazione operativa di ogni professionista) con il **fabbisogno formativo** individuale o di gruppo **coerente con le competenze necessarie**. È quindi uno strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo o del gruppo,

all'interno di un'organizzazione territoriale o ospedaliera, nonché di **valutazione periodica** della formazione effettuata.

Dal 2013 è partita la possibilità per tutti gli operatori sanitari di registrarsi sul sito del **Co.Ge.A.P.S.** (Consorzio per la Gestione delle Anagrafiche delle Professioni Sanitarie) (<http://application.cogeaps.it>) e inserire il proprio **DOSSIER FORMATIVO INDIVIDUALE**, per autodeterminare con libertà ed autonomia il proprio percorso di aggiornamento, tenuto naturalmente conto degli obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali. Il Dossier Formativo dovrebbe dunque contemperare i bisogni professionali del singolo con quelli generali dell'organizzazione e del sistema.

Gli obiettivi della formazione continua sono:

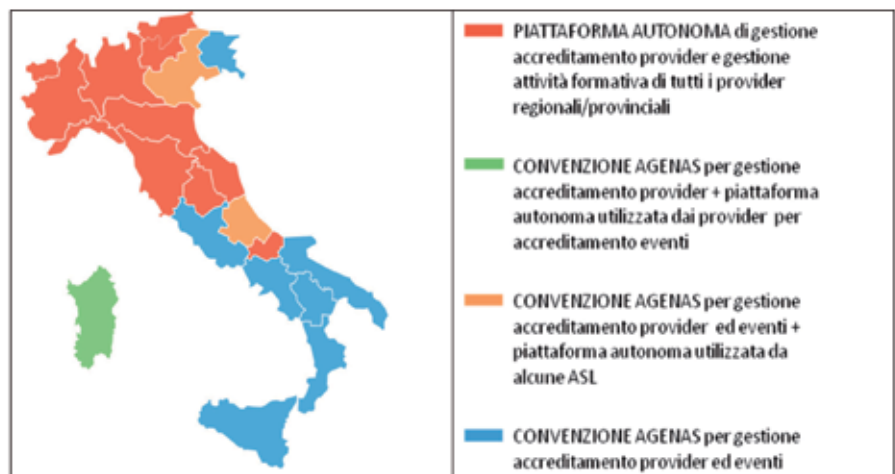
- **assicurare comportamenti professionali che mettano al centro la persona ed i suoi bisogni** e realizzare percorsi e comportamenti a sostegno e condivisione del progetto di cura;
- responsabilizzare alla pianificazione delle attività assistenziali rispetto a criteri di equità e alla presa in carico del progetto di cura e alla valutazione dei risultati in termini di miglioramento e/o mantenimento della salute;
- allenare i professionisti all'interdisciplinarietà per la costruzione di percorsi assistenziali condivisi;
- diffondere una cultura di visione sistemica dei problemi/fenomeni, per far fronte alla complessità dei problemi di salute e l'individuazione dei possibili percorsi di soluzione; implementare comportamenti professionali e gestionali, attenti ad un utilizzo ottimale delle risorse in relazione anche ai Livelli Essenziali di Assistenza, coerenti con una cultura di appartenenza al sistema sanitario e a servizio dei cittadini;

- favorire l'utilizzo di metodologie formative centrate sull'apprendimento finalizzato a responsabilizzare il singolo ad attivare percorsi e metodologie per agire nella pratica professionale e verificarne gli esiti;
- **sviluppare abilità e comportamenti per garantire livelli ottimali di sicurezza al cittadino ed al lavoratore in relazione al contesto di attività;**
- promuovere modalità di revisione sistemica delle attività assistenziali attraverso metodologie quali audit, il risk management, linee guida e altri strumenti finalizzati al governo clinico;

- **aggiornare e sviluppare le competenze professionali in relazione allo sviluppo scientifico, tecnologico e dei bisogni di salute.**

Dal 1° gennaio 2008 (Legge n. 244/2007), la gestione amministrativa del programma di ECM è stata trasferita dal Ministero della salute all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.n.a.s.) per:

- Fornire supporto di tipo amministrativo e informatico alle Regioni che si sono attivate con ritardo rispetto a quelle "virtuose".
- Favorire la conoscenza reciproca dei sistemi regionali e ridurre le distanze qualitative tra le Regioni.



Dall'ultimo Accordo Stato-Regioni del 2012 e con l'aumento delle convenzioni tra le regioni e Agenas esce rafforzato il ruolo della Commissione Nazionale per la Formazione Continua finalizzato, in origine, a garantire l'**omogeneizzazione** delle attività di accreditamento nell'ambito del Sistema ECM.

L'**uniformità** dei requisiti di accreditamento dei Provider, come anche dei criteri per l'assegnazione dei crediti, viene considerato come un **elemento essenziale**, a scapito anche delle possibili sperimentazioni in ambito formativo promosse a livello regionale.

Con la convenzione Regione-Agenas vengono rivisti i criteri e le caratteristiche del sistema di formazione

della Regione, comportando un **so-stanziale allineamento** del sistema locale ai criteri definiti dal sistema nazionale.

Il **Friuli Venezia Giulia**, regione ospitante l'incontro, dopo una serie di delibere approvate dal 2003, ma mai diventate esecutive, ha varato nel 2013 l'attuale normativa che ha comportato la convenzione con Age.n.a.s. e la revisione di tutti gli accreditamenti di provider, ma resta ancora effettiva l'assegnazione di crediti con modalità di calcolo non conformi alle disposizioni nazionali. Il **Veneto**, dopo aver lasciato la formazione al Consiglio Nazionale dal 2002 al 2005 ed aver attivato un sistema ECM regionale dal 2005 al 2013, ha ora stipulato una conven-

zion con Age.n.a.s., trovando conveniente il supporto tecnico-gestionale ed informatico garantiti dall'Agenzia.

Bolzano, mantiene, come Trento, una completa autonomia in ordine all'accreditamento dei provider ed all'offerta formativa. Nella provincia è particolarmente sentito il problema riguardante le attività formative realizzate all'Estero (formazione non accreditata in Italia e svolta nei paesi dell'U.E., in Svizzera, negli U.S.A. ed in Canada) per le quali sono riconosciuti crediti ECM pari solo al 50% di quelli attribuiti all'Estero. Poiché sono numerosi i professionisti che si rivolgono all'Austria, in particolare ad Innsbruck, o alla Germania, Bolzano ha stipulato un accordo per il reciproco riconoscimento dei crediti formativi tra l'Ordine Nazionale dei medici austriaci (Österreichische Ärztekammer), l'Accademia austriaca dei Medici (Österreichische Akademie der Ärzte) e l'Ordine di Bolzano e la FNOMCeO

Le prospettive di sviluppo sono:

- La **riforma della logica dei crediti, sostituita con quella del dossier personale** (portfolio) della formazione - sviluppo professionale continuo.
- La **qualità formativa** degli eventi deve essere l'obiettivo irrinunciabile di tutto il sistema (autoreferenzialità di provider accreditati una volta per tutte).
- **Riduzione degli eventi residenziali** a favore di quelli con effettive capacità formative, in primis "formazione sul campo" ed altre forme.
- Il finanziamento dei provider da parte di **sponsor commerciali** dovrebbe essere consentito con erogazioni "una tantum" esplicitamente finalizzate alla organizzazione di attività ECM.

I soggetti coinvolti nel progetto sono:

- **L'Organismo centrale per l'ECM (Agenzia) / Regioni** con la funzione di
 - disegnare la cornice delle regole generali - indicare i criteri irrinunciabili di qualità operativa dei provider
 - suggerire i criteri di qualità didattico-pedagogica
 - gestire (con la collaborazione delle Regioni) la banca dati degli eventi e dei professionisti
 - facilitare lo scambio delle esperienze ECM.
- Le **Aziende sanitarie, Agenzie, Centri regionali**: dovrebbero rappresentare il cuore del sistema ECM. Sono infatti gli organismi più vicini ai bisogni formativi dei professionisti della salute e nel contempo si trovano in condizioni ottimali per percepire i bisogni di salute dei cittadini.
- **I Provider e promotori** di formazione pubblici e privati.
- Gli **Ordini e Collegi professionali** con la funzione di: garantire e tutelare i valori etici e deontologici (diritto-dovere alla formazione) - collaborare con gli organismi ufficiali ECM centrali e periferici nell'individuazione e nella risposta ai bisogni formativi delle professioni rappresentate - collaborare nella gestione dei data base anagrafici delle professioni rappresentate ai fini della corretta manutenzione dei "portfoli" formativi personali.

La LEGGE 14 settembre 2011, n. 148, conversione, con modificazioni, del decreto legge 13 agosto 2011, n. 138 prevede all'art. 3, Comma 5, lettera b):
previsione dell'obbligo per il professionista di seguire percorsi di formazione continua permanente predisposti sulla base di appositi regolamenti emanati dai consigli nazionali, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente in materia di educazione continua in medicina

(ECM). La violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione ...

Ecco quindi che il nuovo Codice di Deontologia Medica del 2014, prevede: **Art. 19 - Aggiornamento e formazione professionale permanente**: "Il medico, nel corso di tutta la sua vita professionale, persegue l'aggiornamento costante e la formazione continua per lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze professionali tecniche e non tecniche, favorendone la diffusione ai discendenti e ai collaboratori.

Il medico assolve agli obblighi formativi.

L'Ordine certifica agli iscritti ai propri Albi i crediti acquisiti nei percorsi formativi e ne valuta le eventuali inadempienze".

Come si vede né il Codice né la legge prevedono **specifiche sanzioni** per gli inadempienti, tuttavia non tarderà ad essere individuata qualche misura che ci metta al passo con il resto dell'Europa, estremamente più esigente in tema di aggiornamento dei medici.

Nell'attesa è auspicabile un impegno diretto degli Ordini in ambito di formazione residenziale, sul campo o FAD per colmare, prima di incorrere nelle sanzioni, tutte le lacune che emergeranno dai controlli. Potrà risultare utile introdurre l'aggiornamento e la formazione attraverso simulatori (**Medical Simulation**) per sviluppare abilità e capacità decisionali anche in reparti ospedalieri periferici dove la rarità di alcune situazioni critiche può portare a deficienze operative pericolose per gli assistiti, così come dovrà essere compito dell'Ordine rendere capillari gli aggiornamenti su protocol-

li e appropriatezza diagnostico-terapeutici con la duplice funzione di rendere efficiente la spesa e limitare la medicina difensiva.

Al termine di ogni evento formativo, **il Provider accreditato deve comunicare all'Ente accreditante ed al CO.GE.A.P.S.**, i crediti attribuiti ai singoli utenti mediante l'uso di una traccia elettronica comune comprensiva di tutti i dati ritenuti idonei alla registrazione ed in particolare alla certificazione dei crediti quale funzione in capo agli Ordini e Collegi e Associazioni professionali. Tutti i Provider Nazionali registrano e comunicano regolarmente i crediti acquisiti ed è possibile controllarli sul sito di AGE.NA.S., ma la PROVINCIA AUTONOMA di TRENTO ha centralizzato l'**invio al CO.GE.A.P.S. dei dati in ordine ai crediti ECM attribuiti ai partecipanti alla formazione organizzata da provider accreditati localmente**. E poiché questo avviene in solo una o due volte l'anno, gli eventi accreditati al singolo professionista e certificati dall'Ordine non corrispondono generalmente a tutti i crediti acquisiti.

In conclusione il sistema dei crediti di Educazione Continua in Medicina presenta una serie di **prospettive condivisibili** quali:

- Le **Linee guida per la stesura dei Manuali di accreditamento** con criteri comuni risponde all'obiettivo di assicurare omogeneità alla formazione continua dei medici e del personale sanitario sull'intero territorio nazionale.
- I **requisiti minimi** previsti dai Manuali di accreditamento regionali quali condizioni che il Provider deve possedere all'atto della richiesta di accreditamento provvisorio e successivamente standard, qualunque sia il soggetto accreditante:
 - possesso di capacità organizzative e di idonee competenze da parte del Provider,

- le procedure di pianificazione, registrazione e reporting degli eventi,
- l'impiego dei medesimi criteri per l'assegnazione dei crediti delle attività formative
- l'indipendenza delle stesse attività formative da interessi commerciali.

- **Ruolo cardine degli Ordini, Collegi ed Associazioni professionali e delle rispettive Federazioni** nel Sistema ECM quali "garanti della professione e di certificatori della formazione continua" al quale si aggiunge quello di produttori di formazione in "una funzione di sussidiarietà piena".
- Il **Dossier formativo**, redigibile su supporto informatico attraverso lo spazio dedicato dal Co.ge.a.p.s. a ciascun professionista, come strumento centrale del Sistema ECM per responsabilizzare il singolo professionista e rilevare il fabbisogno formativo.

Ma sono ben superiori **le criticità** che si incontrano nella pratica formativa:

- I **costi di partecipazione** ad eventi ECM residenziali sono rilevanti, particolarmente per giovani medici con occupazioni a tempo definito o saltuarie, che dovrebbero quindi essere esonerati o autorizzati a partecipare ad eventi gratuiti organizzati da province o regioni viciniori.
- La formazione ECM non può essere percepita come un **vincolo burocratico**, ma come un'**opportunità professionale**.
- L'assegnazione di **crediti a docenti/relatori/tutori** viene determinata in base al tempo di presentazione della relazione e non tiene conto dello studio e del tempo dedicato alla sua preparazione, con ottimi risultati in termini di apprendimento del docente/relatore/tutore. **La platea dei formatori dovrebbe essere opportunamente allargata negli**

ambiti territoriali.

- Se dunque si ripone fiducia nella formazione interna, perché probabilmente molto legata a quelli che sono i bisogni specifici e di sviluppo organizzativo, tuttavia persiste uno **scollamento** tra macro e micro-programmazione, **tra linee di indirizzo dettate dai piani sanitari e loro concreta traduzione in obiettivi formativi a livello locale.**
- Il **modello italiano di formazione continua non è ancora integrato** con l'Europa ed il mondo occidentale per il riconoscimento reciproco dei crediti formativi.
- il credito ECM, a volte, diventa più importante nella scelta dei vari percorsi formativi rispetto alla qualità del prodotto: di fatto molti professionisti vanno **in cerca di punti e non della formazione necessaria** alla loro attività.
- A livello organizzativo, in una situazione di ormai cronica carenza di personale, si stanno accentuando i problemi relativi alla **gestione della turnistica** per i distacchi necessari alla partecipazione alla formazione residenziale.
- La **compilazione dei questionari** durante l'esposizione delle presentazioni comporta non una maggiore attenzione, ma una **distrazione dai contenuti essenziali delle relazioni** per la ricerca limitata esclusivamente al "particolare", oggetto del quesito.
- **Manca un coordinamento scientifico efficiente sui contenuti degli interventi:** spesso nella fretta di concludere la relazione, vengono saltate le informazioni destinate alle risposte del questionario, due interventi sullo stesso argomento, in sessioni separate, possono proporre risposte differenti, **non viene più generalmente consegnato materiale didattico** consultabile su carta o su supporto informatico (atti dell'evento).

Comunicazioni FNOMCeO

Anche la medicina d'emergenza tra le discipline equipollenti per l'accesso alla dirigenza sanitaria

COMUNICAZIONE N. 75

Si ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale n. 192 del 20 agosto 2014 è stato pubblicato il decreto 16 luglio 2014 recante "Modifica alle tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso alla dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale".

L'art. 1 del provvedimento prevede che la specializzazione in **Medicina d'emergenza-urgenza** è inserita tra le specializzazioni equipollenti ai fini dell'accesso alla disciplina di Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza.

Il decreto è stato infatti emanato considerata la necessità di consentire agli specialisti in Medicina d'emergenza-urgenza la partecipazione ai concorsi pubblici indetti per l'accesso al Servizio sanitario nazionale.

Al fine di consentire un esame approfondito della materia si allega copia del provvedimento.

Amedeo Bianco

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 16 luglio 2014

Modifica alle tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso alla dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale. (14A06536)

(GU n.192 del 20-8-2014)

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483, recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, concernente i requisiti per l'accesso alla dirigenza sanitaria aziendale ed i requisiti ed i criteri per l'accesso alla direzione di secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale

Visto il decreto ministeriale 30 gennaio 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - S.O. n. 25 del 14 febbraio 1998, e successive modificazioni, concernente le tabelle relative ai servizi e alle specializzazioni equipollenti;

Visto il decreto del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca del 10 agosto 2005 in materia di riassetto delle scuole di specializzazione di area sanitaria, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - S.O. n. 258 del 5 novembre 2005;

Visto il decreto del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca del 17 febbraio 2006, recante modificazioni al citato d.m. 10 agosto 2005, nella parte relativa all'approvazione della scuola di specializzazione «di Medicina d'emergenza-urgenza»;

Considerata la necessità di consentire agli specialisti in Medicina d'e-

mergenza-urgenza la partecipazione ai concorsi pubblici indetti per l'accesso al Servizio sanitario nazionale;

Ritenuto di provvedere all'integrazione delle tabelle relative alle specializzazioni equipollenti;

Acquisito al riguardo, il parere, del Consiglio superiore di sanità nella seduta del 20 settembre 2011;

Decreta:

Art. 1

1. Per le motivazioni di cui in premessa ed in conformità del parere espresso al Consiglio Superiore di Sanità nella seduta del 20 settembre 2011, la specializzazione in Medicina d'emergenza-urgenza è inserita tra le specializzazioni equipollenti ai fini dell'accesso alla disciplina di Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza.

Art. 2

1. La tabella B relativa alle specializzazioni equipollenti di cui al decreto del Ministro della Sanità 30 gennaio 1998, pubblicato nel supplemento ordinario n. 25 alla Gazzetta Ufficiale del 14 febbraio 1998, è modificata come indicato nell'allegato 1.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Roma, 16 luglio 2014

Il Ministro: Lorenzin

Allegato 1

Alle specializzazioni di cui alla tabella B del decreto ministeriale del 30 gennaio 1998 e successive modificazioni è aggiunta la seguente specializzazione:

Area medica e delle specialità mediche

MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA.

Scuole equipollenti:

Medicina d'emergenza - urgenza.

I medici in formazione specifica possono rilasciare certificati a pagamento

COMUNICAZIONE N. 76

L'Ordine di Imperia aveva posto alla Federazione una questione concernente l'attività svolta dai medici durante la frequentazione del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Tale Corso, istituito con il D.Lgs. 8 agosto 1991, n. 256 di attuazione della Direttiva CEE 86/457 è disciplinato dal D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368, dal D.Lgs 8 luglio 2003, n. 277 e dal D.M. Salute 7 marzo 2006. Lo stesso D.M. Salute, all'art. 11 dedicato alle incompatibilità prevede, al comma 1, l'inibizione al medico in formazione dell'esercizio di attività libero-professionale ed ogni rapporto convenzionale, precario o di consulenza con il SSN o enti e istituzioni pubbliche o private, anche di carattere saltuario o temporaneo.

Ai medici in formazione sono consentite, ai sensi del comma 2 dello stesso art. 11, unicamente nei casi previsti dalla norma stessa, **solo le sostituzioni a tempo determinato dei medici di medicina generale convenzionati con il SSN e le sostituzioni per le guardie mediche notturne, festive e turistiche.**

La prevista inibizione, al medico in formazione, dell'attività libero-professionale comporterebbe, di conseguenza, il divieto a rilasciare certificazioni mediche a pagamento, determinando seri problemi ai giovani medici che prestano la loro opera di sostituzione presso l'ambulatorio di medicina generale, poiché a fronte della necessità di ottemperare ad un dovere deontologico, quale il rilascio di certificazioni richieste dall'assistito, rischiano di incorrere in sanzioni di tipo amministrativo e fiscale.

La Federazione aveva, così, sottoposto la questione al Ministero della Salute, chiedendo di esprimere un apposito parere.

Il Ministero, con nota del 12 agosto u.s. che, ad ogni buon fine, alle-

ghiamo, sembra risolvere positivamente la questione, ammettendo, in sostanza, la possibilità di svolgere, da parte dei medici in formazione specialistica, nell'ambito della sostituzione, oltre a tutte le attività rientranti nei compiti del medico previste dagli accordi collettivi nazionali, compreso il rilascio di certificazioni a titolo gratuito, anche il **rilascio di certificati a pagamento** normalmente richiesti al medico di famiglia.

Cordiali saluti

Dott. Amedeo Bianco

Il D.M, 7 marzo 2006 avente ad oggetto i principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in medicina generale, all'art. 11, comma 1, nel prevedere che il medico in formazione svolge il corso di formazione a tempo pieno dispone che allo stesso è inibito l'esercizio di attività libero-professionali ed ogni rapporto convenzionale, precario o di consulenza con il Servizio sanitario nazionale o enti ed istituzioni pubbliche o private, anche di carattere saltuario e temporaneo.

Al contempo, il comma 2 del medesimo articolo 1, in attuazione dell'art. 19, comma 11, della legge 28 dicembre 2001 n. 448, stabilisce che ai medici in formazione sono consentite, unicamente nei casi di accertata carente disponibilità dei medici già iscritti nei relativi elenchi regionali per la medicina convenzionata e purché compatibili con lo svolgimento dei corsi stessi, le sostituzioni a tempo determinato dei medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, nonché le sostituzioni per le guardie mediche notturne, festive e turistiche.

La ratio della norma speciale sopra richiamata è quella di garantire la continuità del servizio assicurato dal medico di medicina generale ai

propri assistiti allorché questo sia impossibilitato a prestare la propria opera e non sia possibile ricorrere alla sostituzione attraverso un altro medico iscritto nei relativi elenchi regionali per la medicina convenzionata.

Pertanto, ad avviso dello scrivente il medico in formazione specialistica, nell'ambito della sostituzione, oltre a poter svolgere tutte le attività rientranti nei compiti del medico, previste dagli accordi collettivi nazionali, ivi compreso il rilascio di certificazioni a titolo gratuito, può altresì emettere i certificati a pagamento normalmente richiesti al medico di famiglia.

Quest'ultima prestazione si deve, infatti, ritenere complementare al servizio reso dal medico titolare ai propri assistiti, in quanto va salvaguardata l'aspettativa degli assistiti ad usufruire presso lo studio del proprio medico di tutte le prestazioni (gratuite o a pagamento) usualmente garantite.

Resta fermo che trattandosi di prestazione di natura libero professionale è necessario che vengano rispettati tutti gli adempimenti di natura fiscale connessi all'attività stessa previsti dall'ordinamento vigente.

In tale contesto si evidenzia che l'Agenzia delle Entrate con la circolare n. 4 del 28 gennaio 2005 ha fornito chiarimenti sull'esenzione dell'IVA per le prestazioni mediche, anche alla luce dell'interpretazione fornita dalla Corte di Giustizia Europea con sentenze del 20 novembre 2003 (cause C-307101 e C-212/01).

In particolare, la circolare sopra richiamata prevede che il regime di esenzione (art. 10, comma 1. n. 18 del D.P.R. n. 633 del 1972 - art. 13, parte A, n. 1, lett. c) della sesta direttiva del Consiglio 17 maggio 1977, 77/388/CEE) va riconosciuto esclusivamente a quelle prestazioni che sono dirette alla diagnosi, alla cura e, nella misura possibile, alla guarigione di malattie e di problemi di salute, o finalizzate a scopi profilattici, introducendo il criterio dello scopo principale della prestazione nella determinazione della esentabilità.

IL DIRETTORE GENERALE
(dott. Giovanni Leonardi)



Trento 1917, Ospedale militare Pardubiz: équipe medica

Medici trentini operanti negli ospedali militari di Trento (1917). Tra di loro ci sono il dott. Pergher, il dott. Gilli, il dott. Majr, lo studente di medicina Tranquillini e vari infermieri e infermiere. A partire dal mese di settembre del 1914, a Trento, il Comando di Fortezza dispose l'allestimento di numerosi ospedali che sarebbero serviti per i feriti leggeri trasferiti dal fronte in Galizia dove si stava consumando una carneficina. Gli ospedali furono ricavati in edifici pubblici, scuole e istituti religiosi. Furono circa trenta le strutture adibite a ospedale. Erano stati ricavati: presso la caserma Madruzzo (oggi Cesare Battisti); al Noviziato, all'asilo Pedrotti, nel collegio Vescoville, alle Dame di Sion, presso l'orfanotrofio Sartori, nel collegio dei Salesiani (oggi scuole Crispi), nell'Istituto dei Sordomuti.

L'ospedale Pardubiz era stato allestito nei locali delle scuole Popolari, all'istituto Bacologico (centrale ortofrutticola) e alla Filarmonica. Inoltre, c'erano l'Ospedale "Sacra famiglia"; l'ospedale per le malattie infettive, ricavato nelle strutture del nuovo Seminario vescovile (fabbricato nel 1907), oggi via Tre Novembre.

Infine, l'Ospedale di Smistamento era nei locali delle Scuole Industriali, in prossimità della stazione ferroviaria di Trento.