

BOLLETTINO

01 | 2021

MEDICOTRENTINO

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



Poste Italiane SpA • Spedizione in Abbonamento Postale • 70% NE/TN • Anno LXVII - N. 3/2020 • Tassa pagata - Taxe parçue • Reg. Trib di Trento n. 28 del 16/05/51 • Contiene I.R.

PANDEMIA IN TRENTINO: DATI REALI E DATI APPARENTI LA BATTAGLIA CONTRO IL COVID, UNA SERIE DI INTERVENTI DEI NOSTRI MEDICI LA CURA E IL PARTO, UNA RICERCA STORICA DEL DOTT. FRANCESCHINI

PENSA STRAORDINARIO



Solo con noi è possibile

93 ECM
GRATIS in FAD

Assistenza e Tutela Legale gratuita Edicola e Biblioteca digitale gratuita





SOMMARIO

Cosa abbiamo imparato? Cosa dobbiamo fare

EDITORIALE

ATTUALITÀ: SPECIALE COVID	
Tumori e pandemia: l'impatto sugli screening oncologici	6
Suggestiva cerimonia in piazza Duomo a Trento: una candelina per ogni morto	10
Pandemia in Trentino: dati reali e dati apparenti	12
Covid-19, cuore e sport: luci e ombre	14
Covid-19: la prevenzione passa anche dalla salute della bocca	16
Violenze domestiche sui bambini: come arginarle	20
Covid e ambiente, una stretta correlazione	24
Calcio dilettantistico e giovanile: i protocolli anti Covid funzionano	26
Per i contagiati da Covid-19 c'è l'esenzione dal ticket	27
Come cambia il ruolo delle USCA	28
SANITÀ: NORME, FATTI, EVENTI	
Pensioni o bersagli? Fermare l'assalto	30
PROFILI	

La Cura e il Parto: Ostetricia e Ginecologia

a Trento e in Trentino

IL CONSIGLIO DIRETTIVO **DELL'ORDINE**

Quadriennio 2021-2024

Ioppi Marco Presidente Cavagnoli Guido Vicepresidente Ziglio Andrea Segretario Filippi Lorena Tesoriere

Costantini Monica Delega speciale per la

medicina territoriale

CONSIGLIERI:

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

REVISORI DEI CONTI:

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

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI:

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

LE COMMISSIONI DELL'ORDINE:

Commissione Ambiente:

coordinatore Paolo Bortolotti

Commissione Formazione e Aggiornamento:

coordinatore Tommaso Cai, Carla Sperandio

Commissione Giovani:

coordinatrice Francesca Desiderato

Commissione Ricerca e Sviluppo:

coordinatore Giovanni De Pretis

Commissione Salute globale, sviluppo e cooperazione:

coordinatrice Bruna Zeni

Commissione delle medicine non convenzionali:

coordinatrice Maria Claudia Di Geronimo

Commissione Ricerca Storica:

coordinatore Gianni Gentilini

Sportello permanente di ascolto:

Osservatorio per la professione al femminile:

coordinatrice Monica Costantini

Commissione per la medicina di genere:

coordinatore Maurizio Del Greco

Commissione riorganizzazione delle cure primarie:

coordinatrice Monica Costantini

Responsabile digitalizzazione dell'Ordine e sito web:

Damiano Berti

BOLLETTINO MEDICO TRENTINO NUMERO 01 - MARZO 2021

COMITATO DI REDAZIONE:

Consiglio dell'Ordine

Direttore Responsabile: Marco loppi Segretario di redazione: **Michele Caliari Editore:** Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Trento

CONTATTI:

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

GRAFICA, PUBBLICITÀ:

OGP srl - Agenzia di pubblicità Via dell'Ora del Garda, 61 - Tel. 0461 1823300 info.ogp@ogp.it - www.ogp.it

STAMPA:

Nuove Arti Grafiche - Trento

Cosa abbiamo imparato? Cosa dobbiamo fare

L'editoriale del presidente

I Covid-19, purtroppo ancora in piena esplosione, è un evento di portata mondiale che obbliga il medico a importanti cambiamenti e il sistema sanitario ad un radicale ripensamento.

Edgar Morin, sociologo francese in una intervista di qualche mese fa

al quotidiano Avvenire aveva affermato che la pandemia "dovrebbe provocare una crisi del pensiero politico e del pensiero in sé, forse una crisi esistenziale salutare" e aveva concluso che "abbiamo bisogno di un umanesimo rigenerato, che attinga alle sorgenti dell'etica: la solidarietà e la responsabilità, presenti in ogni società umana. Essenzialmente un umanesimo planetario".

La pandemia, infatti, nonostante le misure fin qui adottate, è ben lontana dal dirsi superata e sempre più si avverte come ci sia bisogno di una presa di coscienza collettiva dove salute e sanità siano il primo degli obiettivi da salvaguardare.

Al tempo stesso, la pandemia ha smascherato la nostra presunzione di avere un Sistema Sanitario Nazionale a difesa della salute di tutti, individuale e pubblica, tanto che è bastato un virus invisibile e subdolo a metterlo in ginocchio, impoverito com'era da anni di riforme mai radicali, fatte per l'oggi e senza visione e che progressivamente aveva pure svuotato, colpevolmente, il suo capitale umano e deluso le necessità e i bisogni dei cittadini e dei territori.

Il Covid-19 ha dimostrato cioè come fosse **giunto il momento di dover ripensare il sistema sanitario per mettere in campo un modello assistenziale nuovo** che oltre a puntare sulla prevenzione, la cura dell'acuzia, della cronicità e della polimorbilità fosse al tempo stesso pronto a far fronte ai rischi, affatto remoti, di ricorrenti pandemie.

Un sistema sanitario pubblico universalistico pronto a privarsi della connotazione di ospedalocentrico per far diventare centrale e integrata la medicina del territorio in modo da essere in grado di rispondere, da subito, ai bisogni assistenziali inevasi che la pandemia ha sospeso come gli screening oncologici e/o quelli relativi ai malati cronici ed oncologici e a farsi carico anche del monitoraggio del numero sempre maggiore di pazienti usciti dal Covid-19.

La pandemia ha portato però anche importanti cambiamenti alla pratica clinica quotidiana, ha stimolato nuovi filoni della ricerca, ha messo a disposizione del medico metodologie diagnostiche e opzioni terapeutiche che prima non aveva e **ha impresso**



Marco loppi *Presidente dell'Ordine*

un'accelerazione formidabile a diverse prestazioni di telemedicina, come la televisita, che sono entrate nel bagaglio culturale del medico da utilizzare, seguendo precisi criteri, per mantenere una ottimale relazione con il paziente. La televisita infatti nello specifico:

- non può essere utilizzata nelle situazioni in cui, il medico, non ha la possibilità di eseguire a distanza tutte le azioni che ritiene necessarie per il paziente in quel momento;
- non sostituisce la prima visita in presenza, nemmeno se esiste un rischio infettivo;
- non può diventare il mezzo esclusivo attraverso il quale si svolge la relazione medico-paziente;
- può essere proposta solo a pazienti che abbiano una diagnosi e si trovino almeno in una di queste condizioni:
 - siano già stati presi in carico in un Piano di assistenza individuale o in un Percorso diagnostico terapeutico assistenziale o siano già inseriti in un percorso di follow- up di una patologia nota,
 - siano affetti da una patologia che richiede il controllo e il monitoraggio della terapia,
 - abbiano bisogno di una valutazione anamnestica per la prescrizione di esami diagnostici o la stadiazione di una patologia nota,
 - abbiano bisogno di una verifica da parte del medico degli esami effettuati.

È il caso sottolineare che alla regolamentazione dovrà seguire un adeguato investimento per un piano per la formazione del personale e per la realizzazione di un vero sistema di rete di telemedicina che faciliti il monitoraggio e la cura domiciliare dei pazienti cronici compresi i pazienti Covid-19, contribuisca a intercettare precocemente le situazioni di peggioramento clinico, a mantenere i contatti e ridurre la solitudine o gli abbandoni che, nella fase acuta della pandemia, hanno comportato costi umani molto elevati.

Molti, dunque, i temi rilevanti che cominciano ad emergere ora, in una fase in cui bisogna iniziare a ripensare un sistema sanitario che riesca a riorganizzarsi per fronteggiare le tante sfide, compresa quella del vaccino l'unica, seria e credibile arma per debellare il virus.

Chiara e univoca deve essere a tal proposito la posizione dei medici nei confronti della vaccinazione. Il presidente nazionale Filippo Anelli ha recentemente dichiarato: "Oggi comincia una nuova era, l'era in cui noi

possiamo dire che abbiamo uno strumento per porre fine a una pandemia. I vaccini hanno rappresentato questo nel corso della storia dell'umanità. Abbiamo addirittura eradicato una malattia, il vaiolo, e ridotto quasi sino alla scomparsa altre malattie. Tra queste vorremmo che ci fosse un giorno anche il Covid".

L'Ordine continuerà ad impegnarsi perché da parte dei medici, di tutti i medici, vi sia adesione e sostegno totale al vaccino. Posizione che deve essere univoca e tanto più forte a fronte di un sistema di comunicazione e di interrelazione col web che consente a tutti di seminare dubbi e creare nell'utente confusione e incertezze.

L'Ordine sostiene inoltre che una vaccinazione di massa, straordinaria come quella che oggi abbiamo da realizzare, richiede sul territorio grande organizzazione ed una logistica precisa.

Finora, sia a livello nazionale che locale, abbiamo assistito a ritardi, errori e indecisioni. Sperando che tutto ciò possa essere superato, va detto che i medici e l'Ordine sono stati e sono a disposizione per portare un contributo organizzativo e di pronto intervento. Già decine di medici, con grande responsabilità, hanno dato la loro adesione, su base volontaria, a vaccinare nei centri istituzionali.

Noi ci siamo e non ci sottrarremo ai nostri doveri.



Tumori e pandemia: l'impatto sugli screening oncologici

In Trentino molte delle attività non chirurgiche non hanno comunque subito riduzioni significative



a marzo 2020 il diffondersi della pandemia Covid-19 ha progressivamente stravolto tutte le attività in ambito sanitario.

Si è infatti verificato un sovraccarico emergenziale di tutto il sistema sanitario, come mai si era verificato in prece-



Giovanni de Pretis *Consigliere dell'Ordine*

denza, almeno in tempo di pace con conseguente necessità di ridimensionare o sospendere gran parte delle attività sanitarie non urgenti o emergenti. In Trentino pertanto, come è successo su tutto il territorio nazionale, si è deciso sospendere gli screening oncologici di primo livello per diversi motivi: la necessità di ridurre i contatti e conseguentemente il rischio di contagio, la necessità di dare priorità ai pazienti con diagnosi già effettuata di patologie severe fra le quali quelle oncologiche, la difficoltà a garantire la effettuazione dei percorsi diagnostici e terapeutici successivi allo screening, ciò anche per il riposizionamento di molti operatori sanitari nei reparti destinati all'assistenza ai pazienti Covid-19.

Da qui la decisione di sospendere le attività di primo livello, consistenti nell'invio delle lettere di invito e negli esami di base: ovvero la mammografia, la ricerca del sangue occulto nelle feci e l'Hpv-test (o il Pap test).

Il report pubblicato nel settembre 2020 dall'Osservatorio nazionale screening ha sottolineato una riduzione di attività del 39,7% per pap test, del 49.5% per lo screening colon-rettale e del 59.7% per la mammografia.

Comunque, già dall'inizio del 2021 le attività di screening sono riprese con una ripartenza graduale e rimodulata al nuovo contesto clinico ed organizzativo e nel rispetto dalle nuove esigenze di distanziamento e di sanificazione degli ambienti.

Ciò ha comportato importanti riassetti organizzativi, anche per garantire la sicurezza degli operatori sanitari oltre a quella degli utenti che aderiscono ai progetti di screening. L'obiettivo che ci si è posti è quello di recuperare i ritardi che si sono accumulati nei mesi di chiusura entro l'anno 2021.

È da sottolineare che le attività di secondo livello legate alla diagnosi ed al trattamento dei cancri diagnosticati non si è mai interrotta, nemmeno durante il periodo del lockdown di marzo/maggio, effettuando pertanto, tutti gli esami diagnostici appropriati necessari inclusi gli eventuali ulteriori approfondimenti.



Antonella Ferro *Consigliere dell'Ordine*

L'attività dei consulti multidisciplinari oncologici, parte integrante dei percorsi di screening, sono proseguiti ininterrottamente, spesso convertiti in modalità telematica al fine di garantire sia la migliore strategia terapeutica sia la priorità clinica più appropriata.

La difficoltà maggiore durante la pandemia è stata la necessità di ridurre drasticamente le attività di sala operatoria per fare spazio al massiccio aumento della attività di terapia intensiva con picco nei mesi di marzo-maggio.

Il personale sia medico che infermieristico della rianimazione è stato infatti ed è tutt'ora impegnato a gestire prioritariamente i pazienti Covid che versano in gravi condizioni.

Ciò ha comportato la necessità di rinviare la chirurgia elettiva, anche oncologica con grande difficoltà a garantire la attività chirurgica prioritaria, svolta in gran parte in regime di urgenza (con conseguente aumento gravoso dei carichi di lavoro del personale e della complessità organizzativa) e con enormi difficoltà, in particolare a garantire il trattamento chirurgico per gli interventi più impegnativi e/o quelli di pazienti particolarmente fragili, situazioni nelle quali non si può prescindere dalla disponibilità di un posto libero in rianimazione.





Anche la chirurgia oncologica mammaria ha subito un notevole rallentamento e riduzione; ciononostante, il fatto di essere una chirurgia relativamente facile e che, nella stragrande maggioranza dei casi, non necessita di terapia intensiva ha permesso di trasferire una quota di attività chirurgica in regime ambulatoriale o di DH surgery presso il presidio Villa Igea (tra fine marzo e fine maggio e poi ancora da ottobre in poi).

La scelta delle priorità è stata sempre gestita in modo multidisciplinare definendo in modo condiviso le pri-

orità, basandosi quando possibile sulle indicazioni dettate dalle linee guida nazionali ed internazionali, che permettono di gestire l'accesso alla lista operatoria in base ad una definizione di "rischio" maggiore o minore.

Ad esempio alcune pazienti con tumori della mammella meno aggressivi ed ormonosensibili sono state indirizzate ad una terapia ormonale (cosiddetta "terapia ormonale ponte" o preoperatoria) in attesa dell'intervento anticipando di fatto il trattamento che poi proseguirà dopo l'intervento chirurgico; in alcune di queste donne, soprattutto più anziane e più fragili, la terapia ormonale può sostituirsi di fatto all'intervento chirurgico.

Il tema dell'impatto negativo dell'eventuale ritardo nelle terapie antitumorali, in particolare per i pazienti candidati a un trattamento chirurgico, radioterapico, farmacologico ad intento guaritivo, è stato oggetto di numerosi studi.

Una recente revisione (BMJ 04 november 2020) di 34 studi pubblicati tra gennaio 2000 e aprile 2020 su 17 indicazioni terapeutiche per sette diverse forme di tumori-vescica, mammella, colon, retto, polmone, cervice, testa-collo - ha riportato un incremento relativo (non assoluto) del rischio di morte, dal 6% al 13% in più (a seconda dei tipi differenti di tumore) nei pazienti a cui sia stato rimandato di 4 settimane il trattamento del cancro rispetto al rischio di chi riceve il trattamento nei tempi ottimali. Questo rischio continua ad aumentare quanto più a lungo si ritardano le cure.

Segnaliamo che in Provincia di Trento, differentemente da altre regioni, molte delle attività non chirurgiche impegnate nei percorsi diagnostici e terapeutici della patologia oncologica come ad esempio quelle svolte dalle U.O. di oncologia medica, radioterapia, radiologia, gastroenterologia, non hanno subito interruzioni o riduzioni significative ed hanno garantito l'accesso alla diagnosi di secondo livello ed alle più cure appropriate ed anche la relativa attività di follow-up oncologico. Per poter garantire ciò è stato necessario ridefinire sostanzialmente le modalità organizzative per poter garantire il rispetto delle norme di sicurezza rese necessarie dalla pandemia adottando ove possibile anche le modalità telematiche.

Purtroppo la situazione permane a tutt'oggi molto critica e molto difficile da affrontare anche per la criticità degli spazi e delle strutture, come è noto ormai obsolete e con necessità urgente di nuovi investimenti (vedi il nuovo ospedale di Trento) e per il permanere della grave riduzione dell'attività delle sale operatorie, il cui perdurare ormai da diversi mesi non ci consente in molti casi di offrire agli ammalati una tempestiva risposta terapeutica, in particolare per le patologie non oncologiche, che non di rado possono essere altrettanto impattanti su qualità di vita e sopravvivenza.



LA SPILLA ANTICOVID DEI MEDICI TRENTINI

A volte un simbolo vale più di tante parole. Anche per questo l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Trento ha ideato e realizzato la **spilla anti Covid** (nella foto).

Coniata in tremila copie è **in fase di distri- buzione a tutti i medici**, che la porteranno
sul camice a testimonianza del grande impegno che tutto il personale sanitario sta
manifestando per combattere il morbo di
Covid.

La spilla è stata disegnata dalla **dott.ssa Francesca Desiderato**: il bastone di Asclepio, simbolo della medicina greca, trafigge il virus, mentre il nastro nero vuole ricordare i medici vittime del Covid.



Investi con Deutsche Bank.

Il dinamismo dei mercati richiede una competenza globale.

Affidati all'esperienza dei nostri Consulenti.

Vieni a trovarci allo Sportello di Trento in Via San Pietro, 49 Tel: 0461.263594; e-mail: db796.trento@db.com

db.com/italia

Messaggio pubblicitario con finalità promozionale.

Prima dell'adesione ai prodotti/servizi leggere le condizioni contrattuali e il materiale informativo presso le Filiali e gli Uffici dei Consulenti Finanziari di Deutsche Bank S.p.A. e sui siti db.com/italia, deutsche-bank.it e dbfinancialadvisors.it. La vendita dei prodotti/servizi è soggetta a valutazione

eutsche Bank S.p.A. - Sede Sociale e Direzione Generale: Piazza del Calendario, 3 - 20126 Milano el.: 02.4024.1 - Indirizzo Telegrafico: CENTMERIT Milano - www.db.com/italia - Indirizzo S.W.I.F.T.: DEUT IT MM - Telex: 311350 BAIDIR I

EC: dbspa3@actaliscertymail.it - Capitale Sociale Euro 412.153.993,80 - Numero iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA: 01340740156 - Aderente al Fondo Interbancario di Tutela dei Depositi e al Fondo Nazionale di Garanzia ex art. 59 decreto legislativo n. 58/1998 - Iscritta all'Albo delle Banche e Capogruppo del Gruppo Deutsche Bank iscritto all'Albo dei Gruppi Bancari - Aderente al servizio SEDA, Creditor ID IT89003000001340740156 - Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Deutsche Bank AG - Cod. Az. 3104.7. lscriz. Registro Unico Intermediari n° D000ŎŽ7178 (servizi.ivass.it/RuirPubblica). Soggetta alla vigilanza IVASS

Suggestiva cerimonia in piazza Duomo a Trento: una candelina per ogni morto

L'intervento del presidente Marco Ioppi

20

febbraio 2020 - 20 febbraio 2021: un anno di Covid e in Trentino 1.259 vittime, tante, troppe anche in rapporto alla popolazione trentina. Per ricordare queste vittime - e simbolicamente tutte quelle italiane - a Trento in piazza Duomo, il 20 febbraio scorso, sono state



Marco loppi *Presidente dell'Ordine*

accese 1.259 candeline. È stata un'iniziativa commovente voluta dal Comitato SOS Covid con la collaborazione dei sindacati provinciali Cisl, Cgil, Uil e degli Ordini dei medici e degli infermieri.

Sulla piazza le 1.259 candele hanno disegnato le due date di riferimento (20.2.2020 e 20.2.2021) ovvero un anno tragico e pesante, non solo per i morti, ma anche per le conseguenze economiche e sociali, senza contare lo stress al quale sono stati sottoposti medici, infermieri e personale sanitario.

A ribadire questi concetti sono stati il presidente dell'Ordine degli infermieri, Daniel Pedrotti, che note persone passate attraverso l'esperienza terribile del Covid (il dott. Andrea Zanotti e l'operatrice sanitaria Kristina Bles), ed il dott. Ioppi, presidente dell'Ordine dei medici. In un breve intervento il dott. Ioppi ha richiamato il senso della prima giornata nazionale del personale sociosanitario, socioassistenziale e del vo-Iontariato. "L'iniziativa - ha detto Ioppi - è stata istituita dal Parlamento per esprimere la gratitudine del Paese verso coloro che con dedizione e professionalità si sono trovati, e tuttora si trovano, in prima linea per fronteggiare l'emergenza pandemica. "Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona".



È il 1° comma dell'articolo 3 del Codice di Deontologia medica, inciso sulla targa, che a conclusione di questa prima Giornata nazionale di commemorazione, è stata posta nella sede nazionale della Federazione degli Ordini dei medici a Roma, in ricordo dei 323 medici e odontoiatri morti per il Covid-19.

Il loro sacrificio ha permesso alla scienza di acquisire nuove conoscenze e alla medicina di poter contare su strumenti utili per arrestare e poter sconfiggere la pandemia che ancora ci affligge. Medici, spesso nella prima fase della pandemia, mandati allo sbaraglio, senza protezioni, che sono debitori della nostra riconoscenza, vittime insieme a tutti i nostri quasi 100.000 morti, di una pandemia che ha messo in evidenza la presunzione di avere un sistema sanitario nazionale efficiente, a difesa della salute di tutti. Sistema Sanitario Nazionale messo in ginocchio da un virus subdolo ed invisibile che ne ha evidenziato le fragilità, impoverito da anni di riforme mai radicali e moderne, fatte per l'oggi, senza visione e che man mano ha colpevolmente svalutato il suo capitale umano ed eluso le necessità e i bisogni dei cittadini e dei territori.

Il nostro di territorio, il nostro bel Trentino - ha proseguito loppi - purtroppo non ha fatto eccezione.

La nostra autonomia, di fronte alla pandemia, ha fatto vedere tutti i suoi limiti: quell'autonomia che invece poteva aiutarci virtuosamente a superare meglio di altri l'emergenza sanitaria, modulando idonee misure di mitigazione, contenendo e riducendo la diffusione del virus con un sistematico tracciamento, per dare migliore assistenza e speranza di vita ai propri cittadini.

Oggi siamo qui per ribadire il nostro impegno nel voler collaborare per poter superare **insieme** questa cruenta battaglia, uniti con le Istituzioni a combattere l'impreparazione, nel ribadire l'importanza della sorveglianza sanitaria ad iniziare dalle categorie più a rischio, nel proporsi parte attiva e responsabile nelle strategie di tracciamento e nella campagna di vaccinazione.

L'essere qui oggi vuole significare soprattutto restituire una presenza, sia pure simbolica, alle vite, a tutte le vite, alle storie, alle persone che in questi mesi terribili ci hanno lasciato senza un adeguato congedo. A far sentire la loro presenza, pur nell'assenza, il valore unico di ciascuna delle vite interrotte, il loro lascito alla collettività. Noi, che ci sentiamo dei sopravvissuti, glielo dobbiamo."

IL PASSATO A SUON DI AFORISMI

C'è un nuovo libro del prof. Giorgio Dobrilla, gastroenterologo a Bolzano. Il titolo è "Imparare dagli altri" scritto con la prefazione di Alberto Faustini, direttore de L'Adige e dell'Alto Adige, e la collaborazione di Alessandro Cimino.

Ripercorrendo la storia, il lavoro del dott. Dobrilla propone massime, proverbi non sempre illuminanti e talora idee bislacche, se non dissacranti. Tuttavia, imparare dagli altri è sempre molto utile per fare delle cose "buone" o per evitare di farne delle altre "meno buone".

Il libro appunto commenta aforismi e massime in maniera seria o anche leggera, perché conoscere il pensiero altrui è essenziale per migliorare. Il volume è dunque un aiuto al lettore che voglia capire prima di fare delle scelte.

Una lettura simpatica ed istruttiva. Il libro è edito da "Il mio libro". Si può ordinarlo su Amazon o direttamente dall'editore "Il mio libro". Il ricavato delle vendite andrà in beneficenza.



Pandemia in Trentino: dati reali e dati apparenti



olti si chiedono quale sia stata la reale portata della pandemia da Covid-19 in Trentino in questi ultimi mesi, nel corso della seconda ondata. Se lo chiedono innanzitutto i medici, che più di altri hanno vissuto e stanno vivendo in prima persona il difficile momento.



Giuseppe Parolari *Medico del lavoro*

Non sempre, infatti, i dati sono credibili e molte sono le incongruenze che lasciano perplessi. Non è piaciuta soprattutto la volontà di far apparire il Trentino poco colpito dalla pandemia, per poter riaprire impianti da sci e alberghi.

Finalità di per sé non condannabile, considerato che la nostra economia vive di turismo, sennonché la sottovalutazione della pandemia risulta essere una delle prime cause di accelerazione della stessa. Lo è stato in guesto caso.

La pericolosità insita nel voler far apparire a tutti i costi le cose migliori di come sono, è stata più volte denunciata da me sui quotidiani locali. Non ero il solo. La questione è stata oggetto di costante monitoraggio anche da parte del professor Davide Bassi, fisico sperimentale ed ex rettore dell'Università di Trento, che non ha mancato di puntare il dito contro la logica di gestione dei tamponi molecolari e dei tamponi rapidi per far rimanere il Trentino forzatamente in zona gialla.

"Il sistema funziona così - sintetizzava l'ex rettore. Cerco la gran parte dei positivi con i tamponi rapidi antigenici; li lascio aspettare più di una settimana prima di chiamarli a fare il tampone molecolare; se risultano negativi spariscono dalle statistiche ufficiali dei contagi; se risultano positivi non li metto nel conto della settimana corrente perché, come data di diagnosi, considero quella del tampone rapido e li classifico come arretrati".

Il che rende ufficiali solo parte dei positivi e va ad incidere sull'indicatore che analizza la progressione settimanale del contagio, riducendolo drasticamente.

Non è stato un caso, infatti, quando a Roma hanno deciso di conteggiare anche i tamponi rapidi, che la provincia di Trento sia balzata subito in zona arancione, quasi rossa.

Non hanno fatto mancare critiche all'anomalia trentina (una provincia perennemente gialla ma con più morti e terapie intensive delle regioni rosse), anche Giovanni Sebastiani, matematico del Cnr, Consiglio nazionale delle ricerche, e Roberto Battiston, professore di Fisica all'Università di Trento ed ex presidente dell'Agenzia spaziale italiana.

Il primo ha denunciato alla stampa di aver trovato nella situazione dei dati del Trentino, a confronto con altre regioni, cose "strane e inspiegabili".

Il secondo ha auspicato un maggior controllo di qualità dei dati relativi all'epidemia, in particolare sulla loro coerenza nel tempo.

"Gli effetti della pandemia - concludeva Bassi - li scontiamo comunque e la politica dello struzzo non serve a nessuno. Chi subirà i danni maggiori di queste scelte sono proprio le categorie economiche più esposte, il turismo ad esempio, che non possono sperare di riprendere la loro attività finché non saremo riusciti a svuotare i reparti Covid degli ospedali".

Critiche, quindi, espresse da persone serie e credibili con lo scopo di ristabilire la verità e le priorità: prima la difesa della salute e della vita, poi l'economia e il turismo.

Polemiche che forse non hanno appassionato più di tanto se la sola voce che non è mai mancata a sostegno è quella dell'Ordine dei Medici, ma non altre, nemmeno dal mondo ospedaliero.

Per capire quindi la reale portata della pandemia in questa seconda ondata in Trentino, è consigliabile fare riferimento solo a dati non addomesticabili, come decessi, ricoveri ospedalieri, terapie intensive, il cui andamento da ottobre a febbraio è riportato nei grafici e messo a confronto con le regioni e province autonome confinanti.

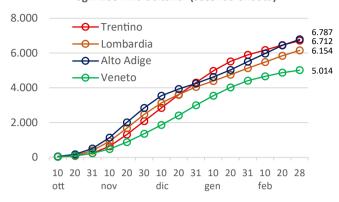
Osservando i grafici, si possono capire molte cose: ad esempio, quanto sia stato sbagliato l'aver considerato in questi mesi ad alto rischio l'Alto Adige e a basso rischio il Trentino, mentre per lungo periodo è stato l'esatto opposto; quanto poi sia stato sbagliato, in generale, voler insistere nel considerare a basso rischio una provincia come la nostra che presentava terapie intensive allo stremo e numeri di decessi e ricoveri ospedalieri più elevati dei confinanti in zona rossa.

Errori che hanno avuto effetto sia sulla pandemia che su altri aspetti altrettanto importanti, ancora non ben evidenziabili ma che prima o poi qualcuno misurerà: svelando che ad essere colpiti duramente non sono stati solo i malati di Covid, ma anche i tanti altri malati che hanno visto allontanarsi, talvolta di mesi, interventi chirurgici e terapie salvavita, per loro decisivi.

Ora, non si può che auspicare una corretta futura gestione dei dati e un forte impegno nella campagna vaccinale, la sola che può aiutarci concretamente ad attraversare il guado.

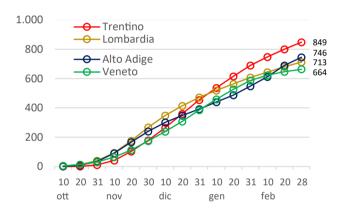
RICOVERI OSPEDALIERI

ogni 100 mila abitanti (seconda ondata)

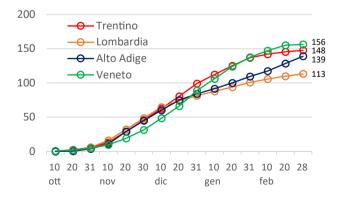


TERAPIE INTENSIVE

ogni 100 mila abitanti (seconda ondata)



DECESSI ogni 100 mila abitanti (seconda ondata)



Covid-19, cuore e sport: luci e ombre

n tutte le pandemie influenzali la mortalità per cause cardiovascolari risulta superiore a quella per tutte le altre cause, compresa la polmonite secondaria.¹

Il riscontro di una lesione miocardica (dimostrata da un aumento della troponina cardia-

ca) è comune nei casi gravi di infezione da Covid-19 (38% dei pazienti ospedalizzati) e se presente è associata a un marcato aumento della mortalità rispetto ai casi senza danno miocardico (51,2% vs 4,5%).^{2,3}

L'eziologia del danno miocardico è presumibilmente multifattoriale, e non è chiaro quale proporzione rappresenti il danno virale diretto da miocardite rispetto al danno mediato da stress emodinamico o ipossico a seguito della malattia respiratoria da Covid-19.⁴ La miocardite è quindi una potenziale ma grave conseguenza dell'infezione da Covid-19, in grado di causare insufficienza cardiaca e arresto cardiaco improvviso/morte,⁵ come anche confermato ai test per immagini.^{6,7}

In uno studio su pazienti Covid-19 (età mediana 49 anni) sottoposti a risonanza magnetica cardiaca (RMC) non clinicamente indicata, il 60% dei pazienti aveva segni di edema in corso e il 32% aveva evidenza di lesioni cardiache a una mediana di 71 giorni dopo l'infezione; da segnalare comunque che le dimensioni ventricolari e la funzione biventricolare erano entro i limiti normali e che l'impatto delle anomalie rilevate alla RMC su aritmie ventricolari, ECG e prognosi non sono stati riportati nello studio e al momento non sono note.³

Poiché il danno miocardico in alcuni casi può realizzarsi in modo subclinico vi è molta attenzione al rientro alle attività sportive (return to play) di atleti dopo un'infezione da Covid-19.

COVID E "RETURN TO PLAY"

La pandemia Covid-19 ha avuto una profonda diffusione in tutto il mondo con importanti impatti anche sul mondo sportivo. Molte strutture sportive sono state chiuse e gli sport di gruppo sono stati interrotti; perfino le Olimpiadi sono state rinviate!

Il 13 gennaio 2021 è stato pubblicato il protocollo della Federazione Medico Sportivo Italiana per la ripresa dell'attività sportiva degli atleti non professionisti guariti da Covid-19.



Maurizio Del Greco Consigliere dell'Ordine



Massimiliano Maines Cardiologia Ospedale di Rovereto

Negli atleti che hanno presentato un'infezione asintomatica o malattia lieve (il gruppo più numeroso), il protocollo prevede l'esecuzione di test ergometrico massimale con valutazione della saturazione di O2, ecocardiogramma ed un esame spirometrico.

Nei pazienti con malattia moderata o che sono ricorsi a ricovero ospedaliero e/o terapia antibiotica, cortisonica o eparinica è prevista in aggiunta l'esecuzione di esami ematochimici, ECG Holter e a giudizio del medico valutatore l'integrazione con diagnostica per immagini polmonare, diffusione alveolo capillare e test cardiopolmonare.

Negli atleti che hanno presentato malattia severa è prevista l'esecuzione del test cardiopolmonare in aggiunta agli esami previsti per gli atleti con malattia moderata.

Il documento peraltro non cita nessuna voce bibliografica a supporto di questi esami di screening e scarsi sono comunque i dati disponibili in letteratura.

In un piccolo studio su atleti Covid-19 positivi con ECG (20/22), troponina (18/22) o ecocardio (21/22) normali solo due atleti dimostravano lesioni miocardiche alla RMC ed entrambi avevano ECG, troponina ed ecocardio normali. L'unico atleta con diagnosi di miocardite presentava invece sintomi conclamati.⁸

Non vi è quindi chiarezza riguardo il significato di piccole aree di danno miocardico rilevate tramite RMC ed è quindi importante che l'utilizzo della RMC sia guidata dalla clinica e non usata per lo screening di patologia. Inoltre, secondo le linee guida della Società Europea di Cardiologia, un atleta può riprendere l'attività sportiva anche in presenza di piccole aree di danno miocardico alla RMC ma solo se in assenza di disfunzione del ventricolo sinistro e/o aritmie ventricolari e dopo normalizzazione dei marker biochimici di infezione.⁹

La voglia di indagare e potenzialmente aumentare la sicurezza in quest'area di incertezza clinica deve essere bilanciata dall'utilizzo ponderato delle risorse, anche considerando i potenziali rischi di indebito allarme tra gli atleti e di ostacolo alla ripresa dell'attività sportiva.

- ¹ Di Pasquale. G. G Ital Cardiol 2020;21(4):243-245
- ² Shi S, Qin M, Shen B, et al. Association of cardiac injury with mortality in hospitalized patients with Covid-19 in Wuhan, China. JAMA Cardiol 2020;5:802-10.
- ³ Puntmann VO, Carerj ML, Wieters I, et al. Outcomes of cardiovascular magnetic resonance imaging in patients recently recovered from coronavirus disease 2019 (Covid-19). JAMA Cardiology 2020;5:1265-73.
- ⁴ ESC Guidance for the Diagnosis and Management of CV Disease during the Covid-19 Pandemic.
- 5 Siripanthong B, Nazarian S, Muser D, et al. Recognizing Covid-19 e related myocarditis: the possible pathophysiology and proposed guidelinefor diagnosis and management. Heart Rhythm 2020;17:1463-71.
- Inciardi RM, Lupi L, Zaccone G, et al. Cardiac involvement in a patient with coronavirus disease 2019 (Covid-19). JAMA Cardiol 2020;5: 819-24.
- Dolhnikoff M, Ferreira Ferranti J, de Almeida Monteiro RA, et al. SARSCoV-2 in cardiac tissue of a child with Covid-19erelated multisystem inflammatory syndrome. Lancet Child Adolesc Health 2020;4:790-4.
- ⁸ Clark DE, Parikh A, Dendy JM, et al. Covid-19 Myocardial Pathology Evaluated Through Screening Cardiac Magnetic Resonance (COMPETECMR). medRxiv 2020. https://doi.org/10.1101/2020.2008.2031.20185140.
- Pelliccia A, Sharma S, Gati S, et al. ESC guidelines on sports cardiologyand exercise in patients with cardiovascular disease [e-pub ahead of print]. Eur Heart J 2020.

Covid-19: la prevenzione passa anche dalla salute della bocca



d un anno dall'inizio della pandemia, tentiamo di fare il punto su come la pandemia e l'infezione da Sars-Cov-2 hanno influito sulla salute orale della popolazione ed il ruolo che la salute della bocca ha sulla malattia.



Laura Albertini *Vicepresidente CAO*

È troppo presto per avere dati certi su come la malattia possa aver influito sulla salute della bocca, se vi siano stati degli aggravamenti di patologie preesistenti, indipendenti dalla minore attenzione alle manovre di igiene orale in pazienti con malattia da Sars-Cov-2.

L'allungamento dei tempi di intervento, causato dalla pandemia, ha sicuramente determinato un peggioramento della stato di salute orale dei pazienti.

Durante il lock down dello scorso anno, l'attività ordinaria negli studi dentistici è stata sospesa e alla ripresa l'aumento dei tempi di sanificazione e riordino ha comportato la riduzione del numero di prestazioni erogate, allungando ulteriormente l'attesa per le terapie.

Si stima inoltre che, anche a causa delle difficoltà economiche, insorte in questo ultimo anno, in futuro un'ampia fascia di popolazione non avrà le risorse economiche per potersi sottoporre a cure odontoiatriche.

In questo momento di difficoltà la prevenzione riveste un ruolo ancora più importante ed è fondamentale che tutti i professionisti si impegnino per attuare dei programmi di prevenzione mirati e personalizzati per i propri pazienti.

La Società Italiana di Parodontologia, attraverso un comunicato stampa ad inizio febbraio, rende noti i dati di uno studio pubblicato sul Journal of Clinical Periodontology, in pazienti con malattia parodontale le probabilità di decesso, ricovero in terapia intensiva e necessità di ventilazione assistita aumenta notevolmente.

Lo studio è stato condotto in Qatar, dove sono disponibili le cartelle cliniche integrate mediche ed odontoiatriche, su 568 pazienti con diagnosi confermata di Covid-19.

Scrive il presidente della Sidp Luca Landi "Fra i 40 pazienti che hanno avuto complicazioni, ben l'80% aveva la parodontite. La probabilità di una qualsiasi complicazione da Covid-19 è risultata 3.7 volte più alta in chi aveva le gengive infiammate con un effetto evidente in particolare sui decessi, quasi 9 volte più probabili. Questo rischio elevato è stato confermato anche dopo aver effettuato l'analisi statistica escludendo ogni fattore confondente come la contestuale presenza di altri elementi di pericolo noti, come età, diabete e fumo.



Quindi i pazienti con una parodontite di stadio più avanzato avevano un rischio maggiore di complicanze rimarcando come la prevenzione e la cura precoce delle malattie gengivali proteggono dalle forme più gravi di Covid-19 e sono fondamentali per la salute generale".

Una possibile spiegazione ai dati dello studio la fornisce il Dr. Maurizio Tonetti, editor del JCP: "Proprio l'infiammazione sistemica cronica indotta dalla parodontite potrebbe essere uno dei meccanismi alla base dell'aumento del rischio di complicanze da Covid-19, perché potrebbe rendere i pazienti più suscettibili alla tempesta infiammatoria scatenata dal contagio.

Anche l'alta carica batterica nella bocca dei pazienti con parodontite potrebbe giocare un ruolo, perché potrebbe aumentare la probabilità di sovra-infezioni bronco-polmonari specialmente nei pazienti che hanno bisogno di ventilazione meccanica.

Questi dati iniziali, che dovranno essere confermati da studi successivi, sottolineano l'importanza di prevenire, diagnosticare e trattare la parodontite, oggi più che mai: durante la pandemia molti pazienti hanno trascurato la prevenzione orale e la cura di denti e gengive, ma mantenere una bocca sana attraverso una corretta igiene orale e visite periodiche dal dentista è fondamentale anche per la salute generale.

Inoltre, i risultati dello studio sottolineano come sia essenziale ritenere una priorità la cura della bocca di chi è stato contagiato da Sars-Cov-2: occorre

promuovere un'igiene orale accurata dei pazienti autosufficienti e occuparsi adeguatamente della pulizia orale di coloro che non lo sono, specialmente se intubati".

Informare i propri pazienti e la popolazione intera su questi aspetti deve essere un obiettivo non solo di medici odontoiatri ma di tutti gli specialisti.

Sul fronte della trasmissione è stata indagata la carica virale di Sars-Cov-2 presente nella saliva, che risulta costantemente elevata, ed è leggermente più alta di quella dell'orofaringe, durante le fasi iniziali della malattia, questo dato suggerisce che il virus potrebbe essere anche secreto con la saliva. Alla luce di questo dato, una casa produttrice di collutori, ha effettuato studi e test preliminari per verificare l'efficacia di vari prodotti sull'inattivazione del virus. Questi test preliminari hanno confermato che prodotti a base di Cetilpiridinio Cloruro (CPC), riducono del 99,9% la carica virale del Sars-Cov-2 nella saliva, dopo 30 secondi di contatto. I primi studi dimostrano che c'è una inattivazione del virus che dura fino a 6 ore, anche se occorre tenere presente che la saliva viene riprodotta in continuazione, ed il virus si annida anche dove il collutorio non può arrivare, ma la possibilità di disattivare il virus in bocca, riduce comunque la carica virale della saliva, in una zona importante per la sua diffusione.

Gli sciacqui con questi principi attivi sono indicati nelle Linee Guida Ministeriali del 2020, prima degli interventi odontoiatrici, proprio al fine di ridurre la carica virale nel cavo orale e di conseguenza negli aerosol prodotti durante i trattamenti con strumenti rotanti.

L'utilizzo di collutori a base di CPC in questo momento ha il doppio vantaggio di aiutare a prevenire carie e malattia parodontale e di depotenziare il virus.

Tanto si è detto proprio sulla produzione e contagiosità degli aerosol in odontoiatria e su quali DPI utilizzare, ma non esistevano studi che quantificassero la carica virale degli aerosol e la sua pericolosità. Uno studio condotto dalle Università di Ferrara, Milano e Ancona pubblicato su Oral Diseasis, ha stimato la carica virale trasmessa al dentista, che indossa diverse mascherine e schermi facciali, durante le procedure con strumenti rotanti, utilizzando aspirazione chirurgica e non.

Attraverso l'impiego di saliva contenente virus, si è simulata una seduta odontoiatrica, in una piccola camera pressurizzata contenente due manichini, dentista e paziente, a distanza di 25 cm, la carica virale è stata analizzata sulla superficie, delle mascherine, degli schermi protettivi e sulla fronte del manichino dentista. La carica virale maggiore è stata rilevata su mascherine, se usate senza schermi protettivi e su questi ultimi quando utilizzati, ma anche sulla fronte del manichino dentista. All'interno della bocca dell'operatore la carica virale è sempre stata sotto il limite di rilevazione con qualsiasi tipo di mascherina (chirurgica, FFP2, FFP3) se utilizzate insieme a schermi protettivi.

Il professor Manzoli, autore dello studio, conclude affermando che con i limiti di questo studio, anche per la breve durata della prestazione, i risultati confermano il rischio di trasmissione di coronavirus umano dovuto ad aerosol, per quanto la carica virale non sia elevata, e ribadiscono l'importanza di utilizzare dispositivi di protezione facciale e coperture della fronte dell'operatore.

Tanto c'è ancora da sapere sulla trasmissione del virus e sugli effetti che questo può avere sulla salute della bocca, ma le certezze che abbiamo oggi ci devono portare a tenere ancora alta l'attenzione sulla prevenzione delle patologie orali, carie e parodontite e sulla protezione di operatori e pazienti dal contagio.

I NOSTRI MEDICI SCOMPARSI



Dott. Guerrino Bortot, Primario al S. Chiara

Guerrino Bortot ci ha lasciati. Per oltre trent'anni all'ospedale S. Chiara di Trento è stato primario del reparto di chirurgia maxillo-facciale. A Trento era arrivato nel 1975 dopo aver fatto esperienza all'ospedale di Vicenza con il prof. Camillo Curioni allora considerato un luminare della chirurgia maxillo facciale.

Il dott. Bortot, classe 1934, a Trento aveva portato innovazioni e tecniche nuove e in pochi anni l'ospedale di Trento era diventato punto di riferimento non solo per i pazienti ma anche per tanti medici specializzati del settore. Il dott. Bortot aveva allacciato contatti e relazioni con tutta Europa e in particolare con la Scuola tedesca, contribuendo così ad elevare il livello scientifico dell'ospedale di Trento. Molti gli incarichi e riconoscimenti avuti: tra l'altro era stato presidente della società italiana di chirurgia maxillo facciale. Era stato anche presidente del Rotary Club di Trento e della Confraternita del vino.



Dott. Renzo Agostini

È scomparso nei giorni scorsi il dott. Renzo Agostini. Aveva 73 anni e la morte lo ha colpito mentre era in campagna a Carzano, dove abitava. Dopo la laurea aveva cominciato a lavorare come guardia medica nel 1979. Successivamente è stato specialista ambulatoriale in ostetricia e ginecologia sia all'ospedale di Trento che a quello di Borgo Valsugana, dove si era fatto apprezzare per le doti professionali ed umane.

Ai familiari del dott. Guerrino Bortot e del dott. Renzo Agostini le condoglianze dell'Ordine.



Fino a 4.700 mg spazi polifunzionali

Fino a 14 sale modulabili e con luce naturale

Tecnologia per eventi virtuali

Fino a 400 posti con distanziamento Sala Garda

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















Violenze domestiche sui bambini: come arginarle

e crudeltà e i maltrattamenti verso l'infanzia sono in realtà sempre esistiti nella storia dell'umanità, fin dai tempi in cui il figlio era considerato proprietà dei genitori, che ne potevano disporre come volevano.



Lorena Filippi *Tesoriera dell'Ordine*

Ma la cultura è cambia-

ta nei secoli e ora si delinea un nuovo punto di osservazione del bambino e dei soprusi che può subire, tendendo ad estendere il concetto di "maltrattamento" a una concezione più ampia, che comprende non solo il maltrattamento fisico e l'abuso sessuale, ma anche la trascuratezza, gli abusi psicologici e la violenza assistita.

Se la famiglia nella nostra cultura è considerata equivalente di sicurezza e di protezione, nucleo fondamentale per l'accudimento e la cura dei figli, per molti bambini rappresenta invece un luogo di paura e di abuso.

La maggior parte degli episodi di violenza sui bambini avviene infatti all'interno della loro stessa famiglia: tra il 60% e il 70% dei bambini tra i 2 e i 14 anni di età ha sperimentato episodi di violenza emotiva da parte di chi si prende cura di loro e, nei soli Paesi industrializzati, circa il 58% dei bambini ha affrontato una qualche forma di educazione violenta in casa.

Il fenomeno produce importanti e spesso tragiche conseguenze sulla personalità e la salute dei bambini, sul loro sviluppo fisico e psicologico nonché sulla strutturazione della loro personalità, sulla relazione sia con la famiglia che con gli adulti al di fuori della famiglia, influenzando anche la relazione con i coetanei.

La violenza sui bambini, e in particolare il maltrattamento fisico, i metodi educativi violenti e la trascuratezza, sono problematiche che vantano profonde radici culturali e sociali: più di un miliardo di



persone ritiene infatti accettabile l'uso di punizioni corporali per crescere i propri figli. Ma l'accettazione sociale della violenza può realizzarsi solo se il problema viene minimizzato o addirittura negato, facendo sì che rimanga in una sfera soggettiva/privata/familiare, alla quale non viene riconosciuta una dimensione sociale.

Se vogliamo prevenire e curare in modo incisivo il maltrattamento dei bambini, è necessario un cambiamento culturale significativo, che identifichi e riconosca il ruolo sociale di questo fenomeno.

Sappiamo che ambienti e situazioni molto stressanti e una diminuita possibilità di accesso alle reti protettive e sociali, possono aumentare il rischio di abusi e violenze domestiche su donne e bambini, che rappresentano le vittime più vulnerabili.

Sicuramente la pandemia Covid-19, il conseguente lockdown, la convivenza forzata, l'isolamento sociale, la crisi economica con la perdita del lavoro hanno favorito l'insorgere di situazioni di rischio per il crearsi di maltrattamento nei confronti dei bambini.

Secondo una nuova indagine globale dell'UNICEF, i servizi di supporto per la prevenzione e il contrasto alla violenza sui minori hanno purtroppo subito importanti interruzioni durante la pandemia da Covid-19, aumentando quindi il rischio, per bambini e adolescenti, di subire violenza, sfruttamento e abusi senza poter essere presi in carico dai servizi predisposti.

Simili studi sulle epidemie del passato mostrano in effetti l'impatto devastante che le crisi sanitarie possono avere sulla capacità di denunciare le violenze su minori e sulla fornitura di servizi correlati, cosa che si è verificata anche durante la pandemia Covid-19.

Secondo un recente rapporto ISTAT, il 69% delle donne vittime di violenza che si rivolgono al numero verde 1522 (numero messo a disposizione del Dipartimento delle Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio) dichiarano di avere figli.

Nel 62% dei casi le vittime affermano che i figli hanno assistito alla violenza mentre nel 18% dei casi dichiarano che essi l'hanno addirittura subita.

Durante il lockdown, ci sono state 5.031 tra telefonate e segnalazioni valide al 1522: il 73% in più rispetto allo stesso periodo nel 2019.

Per contro, le denunce alle autorità per maltrattamenti in famiglia sono diminuite del 43,6% probabilmente a causa delle maggiori difficoltà di segnalazione legate al confinamento e al maggior controllo da parte dei soggetti abusanti.

C'è bisogno di uno studio statistico aggiornato e svolto in tempo reale, che poi andrebbe messo a confronto con lo stesso periodo degli anni precedenti, per avere reali indicazioni utili per capire l'evoluzione del fenomeno durante la crisi pandemica e il lockdown.



Uno studio pubblicato su The Lancet che analizzava l'effetto di una precedente pandemia (SARS del 2003) sulla salute psicologica nella popolazione generale ha documentato un aumento, nel periodo post pandemico, del rischio di suicidio del 30% nelle persone di età superiore ai 65 anni.

Possiamo solo supporre che l'emergenza sanitaria che stiamo vivendo avrà notevoli ripercussioni sulla salute e sul benessere mentale a breve e a lungo termine, anche dei giovani adolescenti.

Particolare attenzione merita la violenza assistita, che rappresenta un aspetto drammatico della violenza domestica, perché mette a repentaglio la salute non solo fisica ma anche psichica dei minori (per il trauma e la delusione derivati dalla rottura di un legame estremamente importante) e perché questi diventeranno uomini e donne che potrebbero riproporre la violenza anche nel loro futuro.

La letteratura scientifica internazionale concorda infatti con il concetto di trasmissione intergenerazionale della violenza, richiamando l'importanza degli aspetti preventivi e di una presa in carico precoce delle situazioni a rischio.

Ma se la pandemia ha fatto emergere e lievitare tutta una serie di fattori di rischio, che aumentano la probabilità che i bambini subiscano degli abusi, importante è far leva sui fattori protettivi, che possono agire riducendo la possibilità di insorgenza di maltrattamento sui bambini.

La comunità scientifica condivide nell'identificare nella resilienza, sia nei bambini che nei genitori, un importante fattore protettivo, soprattutto efficace nel superamento delle conseguenze del trauma subito. Si tratta di quel processo psicologico che permette al soggetto di reagire in modo positivo alle avversità, agli eventi traumatici che accadono, riuscendo a trasformare le occasioni di dolore e di stress, soprattutto quelle forme estremamente dolorose e deleterie, in un'occasione di crescita psicologica e morale.

La resilienza è una capacità che può essere appresa. Una possibilità di prevenzione dell'abuso è quindi proprio proporre quegli interventi che sono in grado di rafforzare le capacità personali, ma anche sociali, di bambini e adulti, insegnando loro e fornendo alcuni strumenti psicologici necessari a sostenere meglio i traumi eventualmente subiti ma anche ad evitare di subirne altri o di perpetuarne, interrompendo di fatto così la trasmissione transgenerazionale del maltrattamento.

Ricordiamoci che i bambini vittime di violenza arrivano all'attenzione degli operatori sanitari "feriti" nel fisico ma anche nella loro identità, mostrando a volte una scarsa consapevolezza della loro ferita, e manifestando poca capacità di fidarsi e di affidarsi. Per prendersi cura di loro efficacemente, occorrono una buona organizzazione dei servizi ed integrazione tra il comparto socio-assistenziale, educativo e sanitario, cooperazione con le forze dell'ordine e con la magistratura, preparazione degli operanti dei servizi sul piano assistenziale, formativo e riabilitativo.

È un lavoro coinvolgente ma allo stesso tempo logorante, che richiede aggiornamento continuo e spirito d'equipe, per prendersi cura efficacemente di questa fascia della popolazione che, nella sua fragilità, chiede semplicemente di essere protetta.



Eventi congressuali e di formazione, ibridi o virtuali, al Centro Congressi di Riva del Garda

Come è possibile organizzare un congresso ed eventi di formazione se gli eventi in presenza non sono permessi? E quando saranno di nuovo possibili, come organizzare gli eventi in sicurezza? Al Centro Congressi di Riva del Garda è possibile superare questi impedimenti, grazie a nuovi servizi e strumenti innovativi.

Grazie allo strumento del digitale, declinato sul comparto medico-scientifico, si possono sviluppare nuovi format dal grande valore aggiunto sia per i congressi che per la formazione, pur mantenendo al centro il contenuto e le persone.

Dal 2020 Riva del Garda Fierecongressi ha iniziato a investire in modo costante nel mettere a disposizione dei propri clienti delle soluzioni su misura che consentono di non rimandare a data da destinarsi il proprio evento, bensì di realizzarlo nel rispetto delle norme anti Covid, presidiando il bisogno di condivisione e mantenendo vivo il dialogo nella comunità di riferimento.

Nello specifico, per il segmento associativo medico, il Centro Congressi di Riva del Garda propone più soluzioni.

Fino a quando non sarà possibile organizzare conferenze in presenza, la soluzione alternativa è la realizzazione di eventi trasmessi esclusivamente online, in live streaming, utilizzando piattaforme personalizzabili che permettono sia la condivisione di contenuti che l'interazione fra i membri della comunità scientifica.





Relatori, partecipanti, aziende sponsor, lo staff organizzativo: tutti sono collegati insieme online da remoto e partecipano attivamente, facendo un nuovo tipo di networking. Il Centro Congressi è in grado di supportare gli organizzatori nella realizzazione di un evento completamente virtuale, proponendo format personalizzati, grazie a strumenti tecnologici nuovi che ripropongono dinamiche e attività tipiche dei meeting in presenza: gli appuntamenti con i colleghi, la votazione dei poster e i sondaggi, la visibilità degli sponsor, la raccolta delle presenze per i crediti ECM, l'accesso on demand ai contenuti resi disponibili anche dopo l'evento.

Inoltre, lo staff del Centro Congressi di Riva del Garda è in grado di coordinare la regia e il palinsesto dell'evento in maniera professionale e dinamica, rendendo in tal modo efficace il coinvolgimento degli utenti.

Per la formazione ECM, che la normativa consente di svolgere, e per i futuri eventi in presenza, il Centro Congressi di Riva del Garda è la sede ideale per organizzare eventi in totale sicurezza. In tutta la struttura è attivo un innovativo sistema di sanificazione ambientale 24/7, tutte le sale meeting sono dotate di luce naturale e finestre che permettono di arieggiare costantemente le varie aree e infine è presente un team dedicato alla prevenzione anti Covid che si occupa del triage e del rispetto delle regole anti Covid. Il Centro Congressi di Riva del Garda è la struttura più grande in tutto il Trentino che può ospitare con le regole del distanziamento fino a 690 persone nelle sale congressuali e ha a disposizione un'area catering espositiva di ben 2000 mq netti.

Per informazioni o per un preventivo contattaci:

Riva del Garda Fierecongressi - Area Congressi

www.rivadelgardacongressi.it E-mail: meeting@rivafc.it Tel.: +39 0464 570139

Covid e ambiente, una stretta correlazione

Il degrado ambientale ha avuto un ruolo importante nella genesi, nella diffusione e nella gravità della pandemia da virus Sars-Cov-2, e la pandemia stessa, con la necessità di usare oggetti di plastica monouso, contribuisce ad aumentare tale danno.

COVID E INQUINAMENTO DELL'ARIA

Sono stati pubblicati diversi studi ed altri sono in corso, per stimare l'associazione fra esposizione acuta e a lungo termine all'inquinamento atmosferico da particolato e insorgenza e decorso della malattia causata da Sars-Cov-2. L'inquinamento dell'aria e in particolare le polveri sottili PM10 e PM2,5, causa ogni anno nel mondo di 2,9 milioni di morti premature.

Le patologie più frequentemente collegate alle micropolveri sono la cardiopatia ischemica, l'ictus e la malattia polmonare cronica ostruttiva. La maggiore incidenza e letalità del Covid-19 nei territori più inquinati (in Italia il bacino padano) ha indotto a cercare una possibile correlazione fra i due fenomeni.

Le posizioni e conclusioni dei ricercatori non sono univoche, anche perché entrano in gioco molte variabili, quali: età, genere, comorbidità, fattori socioeconomici e demografici, ambiente di vita e di comunità, abitudini personali e altre variabili confondenti.

Uno studio dell'università americana di Harvard ha evidenziato che l'inquinamento di lunga data da polveri sottili comporterebbe un rischio di mortalità per Covid-19 maggiorato dell'11%, negli USA.¹ Un altro pubblicato sulla rivista Cardiovascular Research conclude che l'inquinamento atmosferico avrebbe contribuito al 15% delle morti per Covid nel mondo.²

Il meccanismo per cui l'inquinamento aggrava la patologia legata al Covid non è noto. Il Position Paper della SIMA (Società italiana di medicina ambientale) ³ ipotizzava che i droplets contenenti il virus, interagendo con il particolato sospeso, riuscissero a mantenersi più stabili nell'aria, avendo così la maggiore probabilità di contagiare persone anche a distanze superiori a 2 metri. Ma tale ipotesi non è stata poi confermata.⁴

Due importanti lavori scientifici in cui è stata studiata, in vitro, la risposta molecolare delle cellule umane all'esposizione al particolato atmosferico sulla relazione tra Covid-19 e inquinamento atmosferico sono frutto della collaborazione di Arpa Emilia con l'Università degli studi di Bologna e con Public Health England.^{5, 6} La conclusione è che il particolato potrebbe condividere con Sars-Cov-2 gli stessi bersagli molecolari. contribuendo così alla tempesta citochinica e all'aggravamento dei sintomi Covid. Altri ricercatori italiani hanno rilevato una sovraesposizione del recettore ACE2 indotta da una componente della PM2,5.7

In conclusione, l'inquinamento più che facilitare l'ingresso del virus nell'organismo, rappresenta un ulteriore fattore di rischio



Paolo Bortolotti *Coordinatore commissione ambiente*



Nadia Comper *Commissione ambiente*

aumentando la suscettibilità all'infezione e aggravando i sintomi di Covid-19. Tra le sostanze inquinanti la maggior responsabilità spetta al particolato aereo, la cui concentrazione non è diminuita in maniera significativa nemmeno durante i mesi del lockdown. È quindi assolutamente necessario attuare rapidamente programmi che ne portino ad una riduzione.

COVID E INQUINAMENTO DA PLASTICA

La pandemia ha riportato urgentemente alla ribalta il grave problema dell'inquinamento ambientale da plastica. La grande attenzione all'igiene come misura fondamentale di prevenzione del contagio ha affidato la nostra salute a materiali plastici monouso: non solo mascherine, ma anche guanti, salviette, detergenti, visiere, cuffie, sovrascarpe, termometri, divisori, rivestimenti, kit di abbigliamento per operatori sanitari, contenitori, imballaggi, stoviglie e altro.

Il Covid ha cambiato la nostra vita ed abitudini, ha stimolato acquisti online, il consumo di cibo da asporto e la consegna a domicilio, e con essi sono aumentati la produzione e utilizzo di imballaggi in plastica.

Siamo tornati alla plastica monouso anche nell'uso quotidiano, percepita come igienicamente più sicura, e per lo stesso motivo abbiamo scelto alimenti confezionati. Abbiamo assistito ad un'impennata nella produzione di materiali plastici non biodegradabili, favorita anche dal calo del prezzo del petrolio, parte essenziale dei polimeri che li compongono.

Nello smaltimento dei rifiuti, anche per la pericolosità di alcuni potenzialmente infetti, hanno avuto la priorità sterilizzazione, accumulo in discarica e incenerimento. Seppellire o bruciare materiali plastici si traduce in dispersione di sostanze nocive nel suolo ed emissioni in aria di gas serra, tossine, nano e microparticelle plastiche, soprattutto là dove gli inceneritori sono di bassa qualità, come nei Paesi più poveri. A ciò si aggiunga l'abbandono più o meno consapevole e la dispersione di rifiuti direttamente nell'ambiente.

Ora si stanno compromettendo i risultati già faticosamente raggiunti nella gestione dei rifiuti e con le pratiche virtuose di riduzione, riuso e riciclo della plastica. Il rischio più grande è che il ricorso a questi prodotti possa consolidarsi e non rimanere circoscritto all'emergenza, sia a livello legislativo che di comportamento di popolazione. La ripresa economica, in nome del recupero della produttività persa potrebbe ignorare le strategie a più basso impatto ambientale. Alcuni Paesi hanno ritirato i divieti di utilizzo della plastica monouso e ristretto l'uso di articoli riutilizzabili.

Nel 2018 l'Unione Europea aveva messo al bando i dieci prodotti di plastica monouso più diffusi, da realizzare entro il 2021, ed altri Paesi avevano iniziato un percorso più rispettoso dell'ambiente, che ora si è interrotto.

Se prima della pandemia nel mare ogni tre tonnellate di pesce nuotava una tonnellata di plastica dobbiamo chiederci cosa potrà succedere nel mondo post Covid. Molto dipenderà dalla durata pandemica, dai provvedimenti che adotteranno i governi, dalle priorità politiche, dagli stanziamenti per il 2020-2030 e loro utilizzo, dalla riduzione dei prodotti plastici sostituiti da materiali meno inquinanti, dal corretto smaltimento e riciclo, dal cambiamento delle abitudini dei cittadini e dalle loro scelte consapevoli.

Preme ricordare che in una settimana con acqua, cibo e bevande una persona arriva ad assumere fino a 5 g di plastica, l'equivalente di una carta di credito, con effetti ancora poco noti sulla salute, che le microplastiche sono state recentemente dimostrate perfino nella placenta umana e che sono interferenti endocrini.

- ¹ Wu, X., Nethery, R. C., Sabath, M. B., Braun, D. and Dominici, F., 2020. Air pollution and Covid-19 mortality in the United States: Strengths and limitations of an ecological regression analysis. Science advances, 6(45), p.eabd4049.
- ² Pozzer A, Dominici F, et al. Regional and global contributions of air pollution to risk of death from Covid-19 Cardiovascular Research, Volume 116, Issue 14, 1 December 2020, Pages 2247-225.
- ³ Setti L et al (2020) POSITION PAPER Relazione circa l'effetto dell'inquinamento da particolato atmosferico e la diffusione di virus nella popolazione. Mar 2020, available at: www.simaonlus.it.
- ⁴ Belosi F, Conte M, et al. On the concentration of SARS-CoV-2 in outdoor air and the interaction with pre-existing atmospheric particles. Environ Res. 2021 Feb;193:110603.
- ⁵ Mescoli A, Maffei Gm,et al. The Secretive Liaison of Particulate Matter and SARS-CoV-2. A Hypothesis and Theory Investigation Front. Genet., 09 November 2020.
- ⁶ Colacci A, Bortone G. et a. Environmental pollution and Covid-19: the molecular terms and predominant disease outcomes of their sweetheart agreement. Epidemiol Prev 2020; 44 (5-6) Suppl 2:169-182.
- ⁷ Borro M, Di GirolamoP, et al. Evidence-Based Considerations Exploring Relations between SARS-CoV-2 Pandemic and Air Pollution: Involvement of PM2.5-Mediated Up-Regulation of the Viral Receptor ACE-2. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 5573.

Calcio dilettantistico e giovanile: i protocolli anti Covid funzionano



opo la sospensione dei campionati di calcio di tutte le categorie nel periodo di chiusura di marzo e aprile 2020 a livello nazionale in Trentino l'attività delle società dilettantistiche e dei settori giovanili è ripartita, in pratica, nel mese di luglio scorso dapprima con gli allenamenti e poi con la coppa Italia dilettanti e nella prima settimana di settembre anche con i campionati giovanili.

La federazione italiana giuoco calcio (FIGC) il 10/8/2020 ha emanato un protocollo per la ripresa dell'attività che è stato recepito dal comitato trentino presieduto dal presidente Ettore Pellizzari il quale, assieme a tutto il consiglio direttivo, prima dell'inizio dei campionati ha provveduto ad illustrare a tutte le società sportive del Trentino attraverso 11 video conferenze. Hanno partecipato oltre al presidente, il responsabile degli arbitri Giorgio Daprà, il responsabile degli allenatori Florio Maran, l'avvocato Lino Rosa, il sottoscritto come fiduciario medico FIGC trentina. Il tutto si è svolto con la preziosa collaborazione della dottoressa Mariagrazia Zuccali dell'APSS, che ci ha seguiti in tutte le riunioni e ha collaborato alla stesura dei protocolli per la ripartenza del calcio provinciale.

Queste riunioni hanno accompagnato ogni momento dell'attività con precise informazioni per consentire l'attività in sicurezza. Possiamo dire che con i protocolli seguiti in maniera precisa da parte di tutte le società di calcio trentine non abbiamo avuto segnalazioni di contagi durante le attività. La dimostrazione di ciò è che in occasione di un turno di Coppa Italia del 30/8 sono stati segnalati 2 casi di positività in 2 giocatori reduci dalle vacanze in Sardegna che

avevano partecipato agli allenamenti e alla gara di coppa. Alla verifica dei tamponi molecolari nei tempi congrui nessun altro giocatore dei rispettivi gruppi squadra è risultato positivo al Covid a dimostrazione dell'efficacia delle misure di prevenzione prese e nell'attuazione del protocollo FIGC. In seguito, nel mese di settembre sono ripartiti i campionati dilettanti e giovanili senza segnalazioni di



Luca Del Dot *Consigliere dell'Ordine*

contagi durante l'attività. Alla fine del mese di ottobre per disposizioni nazionali con DPCM del 25/10/ 2020 i campionati sono stati sospesi.

Vorrei sottolineare e ringraziare a nome del Comitato tutte le società di calcio trentine per il senso di responsabilità e per l'organizzazione messa in campo nella gestione dell'attività calcistica in questo periodo difficile, nella speranza che si possa riprendere presto le attività in particolare dei settori giovanili e non solo del calcio ma di tutti gli sport ritenendoli essenziali per il benessere psicofisico dei nostri giovani.

Questi sono i numeri dei tesserati per il comitato trentino:

Calciatori dilettanti: 7114Dirigenti volontari: 3000

Amatori: 716Giovanili: 9278Arbitri: 300

Allenatori: 1000 circa



Per i contagiati da Covid-19 c'è l'esenzione dal ticket

l 20 marzo 2020 la Giunta provinciale, nelle disposizioni adottate per non aggravare la generalità degli assistiti sottoposti alle misure di contenimento, previste a seguito dello stato di emergenza, e per garantire l'accesso alle prestazioni sanitarie di



Matteo Giuliani *Consigliere dell'Ordine*

assistiti contagiati da Covid-19, con la delibera (n.389 del 20 marzo 2020) ha introdotto l'esenzione COV (Covid-19). Nello specifico, si tratta della possibilità per gli iscritti al servizio sanitario provinciale contagiati da Covid-19 di poter usufruire per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di pronto soccorso dell'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket).

Secondo quanto riportato nella delibera della Giunta provinciale l'esenzione decorre dall'accertamento del contagio (anche quando accertato in costanza di accesso al pronto soccorso) ed è valida per i successivi tre mesi, eventualmente rinnovabili per altri tre su richiesta del medico prescrittore secondo modalità definite dall'azienda provinciale per i servizi sanitari.

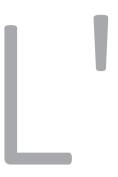
All'esenzione è attribuito il codice "COV", introdotto nell'elenco delle esenzioni, ha validità sul territorio provinciale a decorrere dalla dichiarazione dello stato di emergenza del 31 gennaio 2020. A partire da questa data, pertanto tutti gli assistiti che hanno versato il ticket e si trovano nelle condizioni previste da questo provvedimento possono presentare richiesta di rimborso all'azienda sanitaria secondo le modalità stabilite dalla medesima.

Inoltre l'esenzione è estesa anche ai pazienti sottoposti in pronto soccorso a tampone per Covid-19 su indicazione del medico del pronto soccorso, indipendentemente dall'esito.

Secondo una nota dell'azienda sanitaria l'esenzione viene assimilata a quella per condizione soggettiva ed è quindi cura del medico prescrittore riportarla sulla prescrizione dematerializzata o cartacea del sistema sanitario nazionale, in base alle condizioni cliniche dell'assistito e alle necessità successive di follow up della patologia. Dal punto di vista pratico nel redigere la ricetta il codice "COV", se non apposto automaticamente dal software in uso, va scritto manualmente nell'apposito spazio esenzioni, al fine di dispensare dal ticket l'assistito per la prestazione richiesta.



Come cambia il ruolo delle USCA



infezione da Sars-Cov-2 rappresenta ancora oggi, dopo più di un anno dalla sua scoperta, un quadro clinico complesso, sia per i meccanismi fisiopatogenetici alla base della malattia, sia per la presentazione clinica variegata. Per questo esistono ancora molte incertezze nel



Francesca Desiderato Consigliere dell'Ordine

trattamento, sia territoriale che ospedaliero. È parere condiviso che la battaglia contro il virus parta dal territorio e quelle regioni, che avevano già un sistema capillare efficiente, sono riuscite al meglio a riorganizzarsi e far fronte alle necessità assistenziali e di cura.

Infatti, fin dai primi mesi di pandemia, si è cercato di potenziare le cure territoriali istituendo le figure dei medici USCA, che collaborassero con i MMG per garantire una sorveglianza accurata nel tempo ai pazienti infetti.

Ad oggi i medici USCA, in collaborazione stretta con i MMG, visitano a domicilio, muniti di adeguati DPI e di supporto da parte di un altro professionista sanitario, i pazienti affetti da Covid con sintomi lievi o lievi-moderati cercando di intercettare tempestivamente coloro che possano evolvere in quadri più gravi e necessitare di cure intraospedaliere.

La visita è molto diversa da quello a cui si era abituati: la vestizione avviene sul pianerottolo di casa del paziente, il tempo di visita è ristretto a **circa 15-20 minuti**, per abbassare al minimo il rischio di contagio, e il monitoraggio dei parametri respiratori è il cardine dell'inquadramento diagnostico. La presa in carico si conclude con un colloquio telefonico che permetta di inquadrare al meglio le comorbilità del paziente e impostare il monitoraggio da remoto che seguirà fino a guarigione.

Nelle ultime settimane, però, con l'avvento della campagna di vaccinazione, anche il ruolo del medico USCA è virato. In affiancamento all'attività ordinaria, infatti, si aggiunge la necessità di accedere a domicilio dalle persone intrasportabili presso i punti vaccinali per eseguire la vaccinazione anti-Covid. Dai soggetti in lista per RSA, agli anziani over 80 anni, si prenderanno in carico tutti i papabili candidati, segnalati dai medici curanti.

Molti i giovani colleghi assunti per questi incarichi, formativi anche per il percorso di "specializzazione" in Medicina Generale.

Un'esperienza che ricorderemo e che, con orgoglio, racconteremo a chi, per fortuna, non avrà vissuto la pandemia in prima linea.

Responsabilità Sanitaria e novità legislative

Convenzione con Eurorisk srl

La legge n. 24 del 08.03.2017 conosciuta come "legge Gelli" ha modificato sostanzialmente il regime delle responsabilità delle Strutture sanitarie pubbliche e private e del personale sanitario - medico e non medico - sia dipendente che libero professionista.

L'entrata in vigore della legge ha comportato la **necessità**, per i medici, di conoscere il nuovo assetto dei rischi inerenti l'attività professionale e le modalità per poterli trasferire agli assicuratori.

Eurorisk srl, primaria società di brokeraggio assicurativo nella **gestione dei rischi** nel settore della sanità, in accordo con l'Ordine dei Medici di Trento mette a disposizione degli Associati l'attività di **consulenza**, **formazione e intermediazione** assicurativa.

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

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

Eurorisk affianca i medici affinché le scelte, nella gestione di rischi e nel trasferimento all'Assicuratore, siano compiute con la più completa **conoscenza** e **consapevolezza**. La collaborazione prevede che Eurorisk si occupi anche delle seguenti attività:

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

Per quanto sopra specificato Eurorisk applicherà la tariffa di € 50,00 + iva a Medico, per progetti relativi a coperture assicurative rientranti in un costo massimo di € 5.000,00.

Indichiamo di seguito una proposta per i Medici dipendenti di Strutture Sanitarie Pubbliche (es. Apss di Trento) che vogliano coprire il rischio della c.d. "colpa grave", intesa come tutela dall'azione di rivalsa fatta dall'Azienda Sanitaria qualora il Medico sia dichiarato responsabile, per colpa grave, con sentenza della Corte dei Conti.

	Massimale	Retroattività	Premio annuo lordo
Dirigente Medico	1.000.000	10 anni	€ 436,22
Medici convenzionati	1.000.000	10 anni	€ 343,40
Medici specialisti in formazione	1.000.000	10 anni	€ 297,01

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

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



Per info rivolgersi a: **Eurorisk** Srl - Trento

Tel. 0461 433000 - Mail: broker@eurorisk.it

Pensioni o bersagli? Fermare l'assalto



li attacchi alle pensioni continuano. Siamo ormai in un poligono di tiro, dove le nostre pensioni sono i bersagli e un sacco di gente si sfoga a sparare con armi varie.

La Corte Costituzionale ha sentenziato che "il legislatore può raf-



freddare la rivalutazione automatica delle pensioni di elevato importo (5 volte il minimo INPS-2500 euro lordi!) e imporre a carico delle stesse un prelievo di solidarietà".

Chissà perché debbano essere solidali solo i pensionati e non anche tante altre categorie di lavoratori e dirigenti in servizio, che intascano mensilmente importi ben superiori ai 5 volte il minimo INPS. I tagli sono una storia vecchia.

La limitazione della perequazione automatica delle pensioni di maggiore importo è intervenuta periodicamente dal 1998 ad oggi e, continuativamente, in ben 11 degli ultimi 14 anni, con azzeramento addirittura della rivalutazione negli anni 2008, 2012 e 2013.

Gli interventi punitivi a danno dei pensionati si ripetono a cascata ed allora per l'effetto di "trascinamento" anche una perdita temporanea la rende sostanzialmente definitiva. Altro problema è quello che attiene al prelievo (cosiddetto contributo di solidarietà-dal 15% al 40% sulle eccedenze dei centomila lordi) sulle pensioni di maggior importo per il quinquennio 2019-2023, che esorbita cioè la manovra triennale di bilancio, di cui alla legge 145/2018, che contiene appunto la norma in questione. Appare quindi legittimo pensare che questa Corte, per come è nominata, opera e sentenzia, è parte integrante della complessa crisi del "sistema istituzionale ITALIA".

Senza riforme sostanziali e complessive, la nostra democrazia langue, essendo ormai ridotta a caricatura. La FEDERSPEV si mobilita su tutti i fronti con ricorsi ed azioni sindacali di grande rilievo. Occorre quindi rinforzare questa associazione di Sanitari Pensionati, perché solo se forti si può farsi ascoltare.

Per le iscrizioni rivolgersi al sottoscritto: digregorioz@libero.it.

La Cura e il Parto: Ostetricia e Ginecologia a Trento e in Trentino

ibro-novità. È la storia sociale, dal Medioevo a oggi, di un'istituzione sanitaria in Trentino. A scriverla è il Dr. Carlo Franceschini di Trento, da qualche anno in quiescenza, dopo 37 anni di impegno nel Reparto di "Ostetricia e Ginecologia" dell'Ospedale S. Chiara di Trento.

Il saggio è basato su un'ampia e ricca documentazione rimasta trascurata sin troppo a lungo. Al quadro storico, costruito con puntualità documentale, l'Autore ha aggiunto le testimonianze orali di chi ha retto il Reparto ospedaliero di "Ostetricia e Ginecologia" dell'Ospedale di Trento negli ultimi decenni.

Il volume, piuttosto ricco di pagine, sarà prossimamente pubblicato per i tipi del Museo Storico di Trento. In anteprima, considerando l'originalità dell'opera, l'ampia trama dei contenuti, il ruolo sociale dell'istituzione sanitaria in Trentino, si propone qui un'intervista all'Autore.

Il suo studio parte dalle origini medioevali della 'cura sanitaria' delle partorienti e delle neo-mamme. C'è una caratteristica che ha dato corso ad una tradizione che, nel tempo a seguire, si è istituzionalizzata?

A Trento, e per il Trentino, sin dall'Alto Medioevo operavano tre ospedali. Uno era chiamato "Polacco",

l'altro "Tedesco" e il terzo "Italiano" o "Cà di Dio". **Tutti erano gestiti dalle Confraternite**, le associazioni laiche che si dedicavano alle manifestazioni di culto religioso, tipo la "Settimana Santa" o il "Corpus Domini".

Non dimentichiamo però che fino a metà del Novecento il parto avveniva prevalentemente in casa, salvo qualche eccezione.

Alla soppressione delle Confraternite a fine '700 seguirono le "Congregazioni di Carità". Gestivano sia la beneficenza che l'assistenza sanitaria. Fu un istituto introdotto dall'Imperatore Napoleone Bonaparte in tutto il Regno Italico. Prese piede anche in Trentino-Alto-Adige a seguito dell'avvento dell'occupazione francese e della costituzione del "Dipartimento dell'Alto Adige", vigente dal 1810 al 1814.

Nel primo Ottocento, che cosa successe con l'avvento dell'Amministrazione austro-ungarica?

Le Congregazioni di Carità sopravvissero ai cambiamenti epocali. La matrice pre-moderna divenne l'impostazione di base delle successive Istituzioni Sanitarie.



Il dottor Carlo Franceschini, autore del libro

PROFIL

L'esigenza principale era sostenere i bisogni e le condizioni di indigenza della popolazione più povera. Già a metà Ottocento l'assistenza sanitaria venne avocata dallo Stato asburgico, che la esercitò in base ai principi della solidarietà umana e della filantropia.

Lo spirito di beneficenza fu traslato in dovere pubblico. Cosicché il principio della carità cristiana assunse la fisionomia del mandato istituzionale.

Come si sono formati i Servizi di Cura all'interno dell'Ospedale S.Chiara di Trento?

Inizialmente, l'Ospedale S. Chiara assolse la funzione di accogliere e curare gli infermi poveri della città. I trentini di ambo i sessi. Più tardi si aggiunse anche la cura medicale dei militari. Con le tre guerre sabaudo-asburgiche del secondo Ottocento il peso dei militari crebbe considerevolmente.

La formula gestionale della Congregazione di Carità sopravvisse anche dopo la Restaurazione Asburgica. Con il 1919, a seguito dell'annessione del Trentino al Regno d'Italia, quel regime non cambiò. Soltanto nel 1937 la Congregazione cedette il potere sanitario ai neonati Enti Comunali di Assistenza (ECA).

La *Parte Seconda* dello studio esamina la Storia di Ostetricia in Trentino e particolarmente a Trento. Come si è formata la "Scuola Ostetrica"?

L'Ostetricia si è formata, all'incirca a metà '700, con l'istituzione delle Scuole Ostetriche. Fu la Francia a istituire le Scuole di Insegnamento dell'Ostetricia.

Ben presto, però, si diffusero a macchia d'olio in tutta Europa e quindi anche in Italia. A Trento, la prima Scuola per ostetriche di lingua italiana venne aperta nel 1832.

Trovò sede presso il Triplice Istituto delle Laste a Trento, all'interno dell'ex-Convento dei Carmelitani, a suo tempo (1805-1810) requisito e trasformato in proprietà demaniale dal Governo franco-bavarese. In tale sede la Scuola rimase aperta sino al 1870.

La Scuola per ostetriche era una delle tre Sezioni di un'Istituzione Sanitaria più ampia. Le altre due Sezioni erano l'Istituto degli Esposti e l'Istituto delle Partorienti. In quest'ultimo Istituto trovavano posto le ragazze-madre: provenivano da tutto il Tirolo e dal Vorarlberg.

Il Governo Viennese istituì la Scuola a spese dell'Erario statale. Lo scopo era affrontare due grossi problemi del tempo. Occorreva rimediare alla saltuaria improvvisazione tecnico-sanitaria delle levatrici.



L'intervista al dott. **Carlo Francheschini**, autore del libro che qui presentiamo, è stata realizzata dal prof. **Bruno Sanguanini**, sociologo della comunicazione e dei media, ex-Università di Trento, Padova, Trieste, Verona. Autore di *"Fare Cultura. La modernizzazione culturale: in Trentino"*, Milano, 1992.

Gli incidenti nel parto erano la causa di un'alta percentuale di mortalità sia dei neonati che delle madri. Occorreva altresì risolvere la piaga dei figli illegittimi e degli esposti.

Nell'Ottocento, questi fenomeni rappresentarono una vera e propria piaga sociale. Prima la povertà alimentare, poi le guerre e infine l'emigrazione accentuarono la mala condizione della cura delle partorienti e del parto.

Circa i figli senza famiglia, già le prime disposizioni del governo francese avevano reso difficile il collocamento dei neonati alla "Ruota" della Pia Casa di Verona, sede oltre confine.

Passiamo al '900. Dalle sue pagine risulta che dagli anni '30 agli anni '60, Ostetricia e Ginecologia divennero un Servizio Sanitario Pubblico di tipo ospedaliero. Come funzionava?

Una corrispondenza epistolare del 1953, fra il Presidente dell'Ospedale di Bolzano e quello dell'Ospedale S. Chiara di Trento mette a nudo una deludente realtà. Al S. Chiara non esisteva un Reparto di Ostetricia e Ginecologia degno di questo titolo. L'Ostetricia era nelle mani del Chirurgo.

Nel 1954 viene istituito un Reparto di Ostetricia provvisto di una Sala Parto e con a capo un Primario. Di seguito divenne possibile ricoverare le donne gravide almeno dopo il 6° mese di gestazione. Da notare che tutta la Chirurgia ostetrica, dalle Revisioni di cavità uterina per aborto al Taglio cesareo era eseguita solo dal chirurgo.

Al tempo la Chirurgia ginecologica faceva capo al Reparto di chirurgia generale. Solo nel 1966 il Reparto di Ostetricia e Ginecologia venne istituzionalizzato così come ancora oggi si presenta.

La Riforma del Servizio Sanitario del 1969 che cosa ha introdotto?

In Italia, sin dal 1937, la Sanità pubblica è stata regolamentata dagli Enti Comunali di Assistenza. L'ECA era un ente morale, con personalità giuridica pubblica, incaricato di amministrare la beneficenza e l'assistenza degli Ospedali del Regno. L'Ente sopravvisse ben oltre l'istituzione della Repubblica Italiana e precisamente sino al 1978, quando venne istituito il Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Nel '68 venne promulgata la Legge Mariotti che istituì gli "Enti Ospedalieri e Assistenza Ospedaliera", in sostituzione delle "Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza". La Legge afferma che "L'assistenza ospedaliera pubblica è svolta a favore di tutti i cittadini italiani e stranieri esclusivamente dagli Enti Ospedalieri". L'anno successivo arrivò il Decreto del Presidente della Repubblica concernente lo stato giuridico dei dipendenti degli Enti Ospedalieri.

Con quest'ultimo Decreto vennero istituite due idoneità: a Assistente ed Aiuto, titolo conseguibile con un esame su base regionale; a Primario, con prova su base nazionale. Entrambi i titoli sono ora indispensabili per accedere al concorso pubblico per assunzione in ruolo da parte dell'Ente Ospedaliero.

Lo stesso Decreto impone ai dipendenti ospedalieri l'esercizio della libera professione extra-muraria e il tempo definito. Il tempo pieno e l'esercizio della libera professione intra-muraria sono concessi su domanda dell'interessato.

Gli interventi legislativi sia dello Stato Italiano che della Provincia autonoma di Trento che si sono rincorsi dagli anni '70 agli anni '90 che cosa hanno cambiato e razionalizzato?

Il saggio dedica ben quattro Capitoli alla recente modernizzazione di Ostetricia e Ginecologia. In primo piano c'è l'esame della ricca legislazione nazionale e delle parallele norme provinciali.

Teniamo presente che la Legge Regionale del settembre 1970 impose ai medici ospedalieri del Trentino-Alto Adige l'obbligo del "tempo pieno" e dell'esercizio della libera professione "intra-muraria": ciò in difformità dal D.L. nazionale del 1969. Un Progetto-pilota che, pur con finalità meritevoli, non fu ben accolto dai medici.

Il 1978 è l'anno in cui fu promulgata la Legge di riforma del Sistema Sanitario, pietra miliare della Sanità nazionale. È la Legge che ottempera gli articoli 3 e 32 della Costituzione Italiana. Operativa dal 1° luglio '80, cancellò la componente della "beneficenza". Ora si afferma che ogni cittadino ha diritto alla "assistenza gratuita".

Subito nascono le "Unità Sanitarie Locali", con il compito di attuare nel territorio i principi della Riforma, e, quindi, garantire le funzioni di prevenzione, erogazioni delle prestazioni di cura, e la riabilitazione.

Con la L.P. del dicembre 1980 si disciplinò il "Servizio Sanitario Provinciale", organizzato in 11 Unità Sanitarie Locali (USL) coincidenti con gli 11 Comprensori territoriali della Provincia autonoma di Trento.

La Legge 194/1978, conosciuta comunemente come Legge dell'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG), aveva reso impunibile quello che la legislazione precedente considerava un reato.

Intanto, il D.P. dell'82 dispose la "umanizzazione dell'evento parto". Si aprì così la porta delle Sale Parto anche ad una persona di fiducia - solitamente il marito - della partoriente.

Questa Norma, decisamente di grande civiltà, consentì di partorire in ospedale con la massima sicurezza sanitaria.



PROFIL

Molto opportuna fu l'introduzione nell'ottobre 1985 delle "attività di ospedalizzazione a ciclo diurno" - Day Hospital e Day Surgery. Però, ciò comportò un inconveniente: la riduzione dei posti-letto in ospedale. Infatti, si stabilì di destinare all'assistenza a ciclo diurno sia gli spazi, sia i letti in eccedenza.

Intanto, una Delibera della Giunta Provinciale introdusse l'esercizio della libera professione da parte dei medici ospedalieri, novità che si protrasse sino alla Riforma-ter Bindi del 1999.

Tutte queste novità come trasformarono la gestione dell'istituzione sanitaria trentina?

Facciamo una premessa. A livello nazionale il sistema di finanziamento parve non più sostenibile. La Legge istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale generò non pochi problemi apparentemente insolvibili.

La soluzione venne cercata nel decentramento del potere amministrativo sanitario a livello delle Regioni. Così nacque il concetto di "aziendalizzazione" della Sanità pubblica. Si passò dalle Unità Sanitarie Locali (USL) alle Aziende Sanitarie Locali (ASL). Per approdare poi, con la L.P. del 1995, all'istituzione dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS).

Con l'adozione del termine "azienda" i medici dipendenti dell'Azienda Sanitaria vennero formalmente chiamati "dirigenti medici".



Di concerto, si istituirono diversi ruoli dirigenziali conformemente alle "strutture semplici" o alle "strutture complesse" (leggi: ex-Primari). Per accedere al secondo livello dirigenziale (ex-Primari) occorreva essere in possesso "dell'idoneità manageriale". Come acquisirla? Da qui insorsero altre complessità organizzative.

Siamo così arrivati all'ultimo ventennio. Quali le novità del Duemila?

La procedura più innovativa di inizio Millennio è, a mio parere, l'introduzione del "Percorso Nascita" nella gravidanza fisiologica. Nasce con il D.M.N. dell'aprile 2011. Le linee di indirizzo propugnano la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita. Si afferma la necessità di ridurre il Taglio cesareo per quanto possibile.

Nella gestione di questo programma l'ostetrica assurge a figura-chiave. **Dobbiamo ribadire che, oggi, l'ostetrica è una professionista con la laurea:** è preparata ed esperta, quindi all'altezza dei compiti che le vengono affidati.

La Parte Quinta del saggio è dedicata ai medici che hanno fatto la 'fortuna' di Ostetricia e Ginecologia come Istituzione Sanitaria del Trentino. Quali sono le caratteristiche ricorrenti?

Alta formazione professionale, esperienza di lavoro e soprattutto passione etica.

La costruzione di questo saggio basato sui documenti quanto tempo di lavoro ha chiesto?

Alla ricerca, allo studio ed alla scrittura ho dedicato circa quattro anni. Peraltro, io pratico ancora la professione. Così mi sono documentato ed ho scritto nel tempo libero, ma a tempo pieno. Senza tregua, anche nei fine-settimana. Al riguardo, non posso non far presente che tale impegno ha usufruito del sostegno della famiglia.

A questa intervista non c'è una Conclusione. Attendiamo di leggere quella che si trova nel volume. Intanto, la storia socio-culturale dell'istituzione sanitaria del Trentino continua. Con l'auspicio che l'esempio dato dal dott. **Carlo Franceschini** valga anche per altre istituzioni pubbliche e private che hanno contribuito alla modernizzazione della società trentina.

Bruno Sanguanini

CONVENZIONE ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TRENTO - UNIPOLSAI

Offerte esclusive riservate agli iscritti all'ordine dei medici e odontoiatri della provincia di Trento e familiari conviventi.

L'agente UNIPOLSAI ti aspetta per una consulenza su misura.

Via Dogana, 3 - 38122 Trento Tel. Uff. 0461 982114 - Fax 0461 980034

E-mail: 34066@unipolsai.it

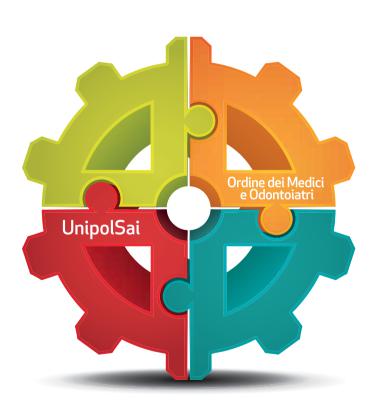
PEC: 34066@pec.agenzie.unipolassicurazioni.it

www.assistudiotrento.com





L'unione che dà forza al tuo futuro.





MOBILITÀ

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





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

-20%



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

fino al -20%



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

+vantaggi



Puoi pagare in comode rate mensili a tasso zero* fino a 2.500 €

Operazione subordinata ad approvazione di Finitalia S.p.A. intermediario finanziario del Gruppo Unipol. Prima di aderire all'iniziativa, consultare le Informazioni europee di base sul credito ai consumatori (SECCI) e l'ulteriore documentazione prevista dalla legge disponibili in Agenzia e sul sito www.finitaliaspa.it. Offerta valida sino al 31.12.2018 soggetta a limitazioni. Per tutti i dettagli e per verificare quali sono le polizze disponibili con il finanziamento a tasso zero rivolgersi all'Agenzia.

^{*}Pagamento del premio di polizza tramite finanziamento a tasso zero (TAN 0,00%, **TAEG 0,00%**) di Finitalia S.p.A., da restituire in 5 o 10 rate mensili in base all'importo del premio di polizza (minore o maggiore di € 240,00). Esempio: importo totale del premio € 500,00 - tan 0,00% - Commissioni di acquisto 0,00% - importo totale dovuto dal cliente € 500,00 in 10 rate mensili da € 50 cadauna. Tutti gli oneri del finanziamento saranno a carico di UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

IL FUTURO È GIÀ QUI.



L'UNICO APPARECCHIO ACUSTICO INTELLIGENTE AL MONDO CHE SUPPORTA IL CERVELLO ALL'ASCOLTO.

VIENI A SCOPRIRE LA MIGLIORE TECNOLOGIA CHE CAMBIERÀ PER SEMPRE IL TUO MODO DI SENTIRE.

Acustica Trentina guarda al futuro da sempre, perché da oltre 40 anni ti offriamo in anteprima il meglio della tecnologia presente sul mercato. E da precursori, ti annunciamo l'arrivo di un innovativo apparecchio acustico di ultima generazione che supporta il cervello nella gestione dei suoni dinamici e complessi, donando un suono maggiormente ricco, chiaro e completo. Il sistema di amplificazione dinamico rende udibile l'intero scenario sonoro, agevolando così il cervello all'ascolto. Grazie al maggior contrasto tra i suoni, sarà ora più facile distinguerli. Potrai apprezzare un'esperienza sonora bilanciata, totale e realistica senza alcuno sforzo da parte del tuo cervello.

Otterrai una **riproduzione dettagliata dei suoni più deboli**, e una **qualità superiore in situazioni rumorose**. Avrai un **miglioramento nella comprensione della voce**, che verrà riprodotta con maggior dettaglio, e un'**attenuazione del disturbo causato dal vento**.

La connessione coi tuoi dispositivi e smartphone è solo una delle tante altre caratteristiche all'avanguardia che fanno di questo apparecchio un **prodotto unico al mondo** di cui vorremmo parlarti.

Vieni a trovarci, ti aspettiamo.

Acustica Trentina, da oltre 40 anni al servizio del tuo udito.

