

BOLLETTINO



03 | 2022

MEDICOTRENTINO

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



SALVARE IL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE

Nella foto il rendering del Nuovo Ospedale (NOT), che ora la Giunta Provinciale ha deciso di cancellare definitivamente ipotizzando invece un nuovo polo ospedaliero ed universitario

Poste Italiane SpA • Spedizione in Abbonamento Postale • 70% NE/TN • Anno LXIX - N. 2/2022 • Tassa pagata - Taxe parçue • Reg. Trib di Trento n. 28 del 16/05/51 • Contiene I.R.

**NUOVO OSPEDALE DI TRENTO
SI RIPARTE DA ZERO**

**LA FORZA DELL'ETÀ
INTERVENTO DI DON FARINA**

**INCENERITORE: SI DIMENTICA
L'ASPETTO SANITARIO**

Where innovation, nature & great minds meet.



Riva del Garda®
Centro Congressi



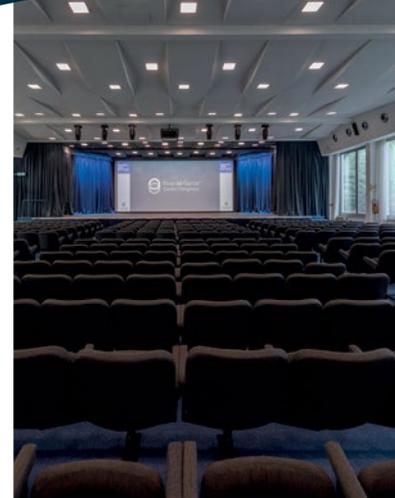
Fino a 4.700 mq
spazi polifunzionali



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
www.rivadelgardacongressi.it



SOMMARIO

EDITORIALE

L'ospedale che verrà **5**

IN PRIMO PIANO

La forza dell'età **6**

Salvare il Servizio Sanitario Provinciale **14**

Il progetto per l'inceneritore dimentica l'aspetto sanitario **18**

PROFILI

Abilita e Ausilia, un nuovo approccio al mondo della disabilità **22**

In memoria di René Favalaro **25**

I colleghi scomparsi **27**

SANITÀ: NORME, FATTI, EVENTI

Il certificato medico telematico e cartaceo **29**

LETTERE AL PRESIDENTE

La telenovela del nuovo ospedale **33**

IL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE

Quadrennio 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 Caliarì, 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:

tutti i consiglieri e revisori dei conti

Osservatorio per la professione al femminile:

coordinatrice Monica Costantini

Commissione per la medicina di genere:

coordinatore Maurizio Del Greco

Commissione riorganizzazione delle cure primarie:

coordinatrice Monica Costantini

Responsabile digitalizzazione dell'Ordine e sito web:

Damiano Berti

BOLLETTINO MEDICO TRENINO NUMERO 03 - OTTOBRE 2022

COMITATO DI REDAZIONE:

Consiglio dell'Ordine

Direttore Responsabile: **Marco Ioppi**

Segretario di redazione: **Michele Caliarì**

Editore: Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Trento

CONTATTI:

Tel. 0461 825094 - Fax 0461 829360

info@ordinemedicn.org

Ordine: segreteria.tn@pec.omceo.it

Odontoiatri: presidenzaao.tn@pec.omceo.it

GRAFICA, PUBBLICITÀ:

OGP srl - Agenzia di pubblicità

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

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

STAMPA:

Nuove Arti Grafiche - Trento



Adriano C. - Trento

*“ IL FATTO
CHE CI SIA DA
PIÙ DI 40 ANNI...”*

**CON ACUSTICA
TRENTINA HAI
AFFIDABILITÀ
ED ESPERIENZA
DA OLTRE 40 ANNI**

**Perchè Acustica
Trentina** si prende
a cuore il tuo caso,
**risolve i tuoi
problemi di udito**
permettendoti di
tornare a sentire con
gioia i suoni di ogni
giorno.

**CON ACUSTICA
TRENTINA
HAI MOLTO DI PIÙ**

Per info e
prenotazioni

Numero Verde
800-274067



ACUSTICA TRENTINA
innanzitutto persone

TRENTO Viale Verona 31/2 - tel 0461 913320 - www.acusticatrentina.com



■ L'ospedale che verrà

N

nuovo ospedale di Trento: la Giunta provinciale ha deciso di tagliare col passato ed avviare un nuovo percorso per arrivare alla realizzazione del nuovo ospedale di Trento, che si attende da ormai vent'anni. In sostanza **viene cancellata l'ipotesi del Not (Nuovo ospedale di Trento) ed avviato il progetto per arrivare al nuovo Polo ospedaliero ed universitario di Trento**. Al di là delle sigle l'aspetto più interessante del nuovo percorso sta – e starà – nelle modalità scelte per arrivare alla nuova opera. Nel percorso di progettazione viene messa da parte la dirigenza provinciale e verrà nominato un Commissario ad hoc, che avrà poteri decisionali diversi e – ci auguriamo – più rapidi. È una scelta che già l'Ordine aveva auspicato qualche mese fa. È una decisione positiva che, tra l'altro, allarga le prospettive nel momento in cui si pensa alla realizzazione di un ospedale condiviso con la presenza e con le necessità della nuova facoltà di medicina. L'ospedale dovrebbe sorgere sull'area di via Al Desert, a sud della città, affiancando così la sede attuale di protonterapia. Si prospetta quindi un polo altamente qualificato e capace di rispondere finalmente alle esigenze della nuova medicina e della collettività. **Restano però sospese alcuni questioni. La prima e più urgente è quella dei tempi. Il rettore dell'università scommette su sei anni. In questo momento è difficile far previsioni. Ma proprio per questo dal nuovo Commissario, che ci auguriamo possa essere persona competente ed autorevole, si aspettiamo una road map che fissi tempi precisi sia per quanto riguarda lo studio del progetto, la sua messa a bando, la sua realizzazione. L'altro aspetto, che ci preme sottolineare, è quello della parteci-**

pazione delle categorie interessate al percorso intrapreso. Parliamo dei medici e delle altre professioni sanitarie. Chiediamo che l'Ordine dei medici e degli odontoiatri sia sentito ed ascoltato un po' meglio di non quanto avvenuto in passato, nella convinzione che sulla base dell'esper-

ienza acquisita, possa dare un contributo di sostanza positivo ed utile. Questo è importante perché questa volta non si deve sbagliare e solo l'esperienza di chi vive la sanità in prima persona, dentro la macchina ospedaliera e sanitaria, potrà dare suggerimenti ed indicazioni utili che poi dovranno essere recepite da chi, architetti in prima linea, dovranno pensare e disegnare la struttura ed i relativi servizi.

Nell'attesa – e probabilmente per una decina di anni – dovremo servirci ancora del caro e vecchio ospedale di Santa Chiara. C'è da augurarsi che i lavori di ammodernamento necessari siano mirati e veloci. E nel frattempo sarebbe già utile cominciare a ragionare sulla destinazione del vecchio edificio del Santa Chiara, posto che a nessuno verrà in mente di abbatterlo. Casa di riposo? Residenza universitaria? Altro? Non è urgente rispondere ora ma essere consapevoli che comunque **una prospettiva ha da essere definita anche per il vecchio ospedale.**



Marco Ioppi
Presidente dell'Ordine



Rendering digitale del Nuovo ospedale di Trento

■ La forza dell'età

Conversazione sulla vecchiaia

L

umana del resto, **“come fare degli anni che passano la nostra opera d’arte”**.

Egli scrive “La vita non è uno scherzo, prendila sul serio, come fa lo scoiattolo, ad esempio, senza aspettarsi nulla dal di fuori o nell’al di là. Non avrai altro da fare che vivere (...). La vita non è uno scherzo, prendila sul serio, ma sul serio a tal punto, che a settant’anni, ad esempio, planterai degli ulivi, non perché restino ai tuoi figli, ma perché non crederai alla morte, pur temendola, e la vita peserà di più sulla bilancia” (In *“Poesie d’amore”*, Mondadori, 2002).

Le fa eco un bel racconto indù, che invita a distinguere quattro fasi nella vita di ogni donna e di ogni uomo: “C’è, anzitutto, lo stadio in cui **“si impara”**, il momento che si dipana nella conoscenza del mondo circostante e della storia che ha coinvolto popoli e persone alla ricerca di forme di vita praticabili. Esso è **come l’infanzia** dell’umanità, segnata dalla curiosità e dalla voglia di esplorare.

C’è poi lo stadio in cui **“si insegna”** o **“si servono”** gli altri, il momento in cui si mettono a frutto le competenze acquisite e si lavora per sé e per gli altri. Esso è come **una sorta di età matura** in cui si dà, si progetta, si porta a compimento ciò che si è sognato, desiderato, coltivato nell’epoca precedente.

C’è, subito dopo, lo stadio in cui **“si va nel bosco”**, cioè il momento del silenzio, della riflessione, del ripensamento, nel quale, passeggiando tra gli alberi, **si rimettono in ordine le memorie**. Esso è come il luogo della sedimentazione di ciò che si è visto, ascoltato, intrapreso, amato, così che nulla vada disperso o diventi insignificante.

C’è infine lo stadio in cui si impara a **“mendicare”**, cioè il momento in cui ci si accorge di **“aver bisogno degli altri”**, a **“dipendere dagli altri”**. Esso è come un prendere coscienza che il valore della vita più autentico e profondo sta nel riconoscere il legame necessario e incontrovertibile che tiene insieme singoli e popoli, donne e uomini, ricchi e poveri, sapienti e ignoranti. Per il saggio indù **l’andare a mendicare è il sommo della vita ascetica e lo stadio più alto dell’esistenza umana”**.



Don Marcello Farina
Prete diocesano, già insegnante di filosofia al liceo, docente presso Università di Trento, Fondazione Bruno Kessler e Università della terza età

È interessante notare che, se lo stadio **“in cui si impara”** e lo stadio in cui **“si insegna e si servono gli altri”** bastano, per così dire, a sé stessi, (e sono gli stadi dell’“infanzia-giovanezza” e dell’“età matura”), gli altri due si intersecano a vicenda, unendo insieme **“l’andare nel bosco”** e **“il mendicare”**, il **“rimettere insieme le memorie”** e l’accorgersi di **“aver bisogno degli altri”**.

Non solo. Ma essi (l’andare nel bosco e il mendicare) sottolineano una realtà dinamica, in divenire, come a dire che **“vecchi si diventa”**, ciascuno a modo proprio, in termini niente affatto uniformi.

È interessante notarlo fin dal principio di questa riflessione, sottolineando anche l’ambiguità che accompagna, comunque, la percezione dell’invecchiare. Infatti, **Virginia Woolf** esclama: **“Non credo che invecchiamo, credo che mutiamo continuamente la faccia che presentiamo al sole”**. A sua volta **Michel de Montaigne** commenta, consolandosi: **“Non sentiamo alcuna scossa, quando muove in noi la giovinezza”**, cui fa eco, nel ventesimo secolo la sua compatriota **Simone de Beauvoir**, con altrettanto scetticismo: **“la vecchiaia è ciò che capita alle persone che diventano vecchie”**.

Anche quel grande libro che è la **Bibbia** porta con sé immagini estreme: la vecchiaia viene descritta sia come una sorta di viaggio verso il paradiso, ma anche come declino inarrestabile, una passeggiata tra i ruderi. **Abramo Levi**, un prete di raffinata sensibilità, scriveva a suo tempo: **“La faccia del vecchio è come la faccia della luna,**

che si annulla, quando si decide di procedere alla sua conoscenza. Alla faccia della luna si possono attribuire, con uguale facilità e verità, sia i caratteri della fata buona che della strega cattiva”. Non era lontana da questa verità quella bambina che chiedeva, impertinente, a una vecchia, tutta rughe e grinze e il naso che toccava il mento: **“Ma tu, quando diventi strega?”** (in *Servitium*, n. 94, p. 62).

In questo contesto non va dimenticato anche un testo recentissimo: **“Invecchiare secondo Dio”, manuale per una vecchiaia beata** (di Carlo Miglietta, Gribaudi, Mi, 2020)!

A tu per tu con la vecchiaia

Miti, archetipi, pregiudizi: le discussioni sulla vecchiaia infiammano gli animi, perché **l’esercito degli anziani sta diventando sempre più numeroso**. L’aspettativa odierna di vita media è cresciuta di vent’anni dalla fine della Seconda guerra mondiale e **“invecchiare senza essere vecchi è la sfida che si profila al nostro orizzonte”**. È questa la grande sfida di una generazione, a cui è stata promessa una longevità senza precedenti, per sconfiggere la paura di invecchiare. E **non è utopistico considerare l’invecchiamento come un cammino verso la luce, anziché come un naufragio**.

Come scriveva Rainer Maria Rilke: **“Noi siamo le Api della vita**. Raccogliamo il miele del visibile, per accumularlo nella grande arnia d’oro dell’invisibile”. E Rita Levi-Montalcini, nella sua opera **“L’asso nella manica a brandelli”** del 1998 (Ed. Dalai) affermava che la terza età può trasformarsi in **una emozionante intensificazione della vita lì, dove il cervello difende le sue**



risorse, addirittura ne crea di nuove, lì dove si è capaci di condurre una vita mentalmente ricca di stimoli, così che **“tutto è possibile per gli anziani**, anche fare lavori di grande prestigio, tra i quali il Pontefice, cioè un facitore di ponti”. A testimonianza di ciò ella analizza i casi di cinque illustri personaggi del passato, attivissimi nei loro anni maturi: Galileo Galilei, Michelangelo Buonarroti, David Ben Gurion, Bertrand Russel e Pablo Picasso.

Anche il gesuita e paleontologo **Teilhard de Chardin** diceva che l’invecchiare consente di “sapere” coscientemente e lucidamente i nostri decadimenti, bruschi o gradualmente che siano le “diminuzioni” alle quali la vecchiaia non può sfuggire, senza, però, farsene un motivo di disimpegno e di tristezza.

La vecchiaia è vita: imparare a invecchiare è imparare a vivere. Karl Gustav Jung ha presentato la vecchiaia come tempo propizio per l’interiorizzazione e il teologo Karl Barth ha scritto che quella fase della vita offre alle persone la possibilità di vivere per grazia, non per dovere. Nella vecchiaia semplicemente **“si è”** e per questo **essa è un’età di verità: non ciò che facciamo ci definisce, ma ciò che siamo.**

Da quella parte essa può essere anche un’età più libera e consentire di riorganizzare creativamente il proprio tempo e i propri spazi, le attività (viaggi, impegni sociali, letture, ...); occorre osare progetti e darsi mete da raggiungere, scoprire che debolezza, fragilità, lentezza, possono essere dei valori. La vecchiaia, allora, più che un fine, diventa un compimento.

Due rischi mette in evidenza l’autrice del bel testo, da cui è stato preso il titolo di questa conversazione, cioè **la Forza dell’età** di Marie de Hennezel. Il primo ci avvisa che invecchiare senza essere vecchi non significa **aggrapparsi alla giovinezza**, credersi dei giovanotti o delle ragaz-

zine, vestirsi come i propri figli, comportarsi da adolescenti. Tutti conosciamo degli anziani che si rifiutano di invecchiare e si tuffano nella loro **“età dorata”**, sognando di restare eternamente giovani.

L’altro rischio è di **spassarsela vivendo senza la consapevolezza del tempo che passa.** Il giorno in cui si cade o, semplicemente, il giorno in cui compaiono più evidenti i primi sintomi della “vera” vecchiaia, si è perduti. In quei casi è facile sprofondare in una brutta vecchiaia, nell’astio e nella disperazione.

Il filosofo francese contemporaneo, Robert Misrahi, parla di **“maturità felice”** rivolgendosi a una generazione che ci osserva e che imparerà, guardandoci vivere, che è possibile invecchiare senza avvelenare l’esistenza degli altri.

Solo il coraggio di dire sì a sé stessi apre la strada ad una vecchiaia serena. E la vita ci aiuta, regalandoci il fascino dell’invecchiare, un fascino autunnale e invernale, diverso e opposto a quello della primavera e dell’estate.

La nostra anima comincia a vivere in quell’autunno in cui tutto passa. **L’esteriorità molte volte cede il posto all’interiorità.** Passiamo da un tempo a un altro, dal **tempo-declino** che è un tempo esteriore, al **tempo-opportunità** che è tempo interiore. Da ciò che sembrava triste e brutto nasce la bellezza che ci permette di attingere alla dimensione sublime dell’esistenza. Quando ci capita di attraversare un parco o un giardino in primavera, vediamo tante persone anziane sedute sulle panchine che stanno lì semplicemente a godersi il miracolo della rinascita. Quelle persone emanano serenità, sono in sintonia e in pace con il mondo e con la loro anima. Tutto è bello e maturo: non hanno rinunciato alla vita.



Certo, ci sono anche persone anziane che vivono senza aver preso coscienza del valore della vita (“Non mi hanno ma insegnato a pensare”, si lamentava un anziano), senza essersi dati la possibilità di comprendere la grandezza della vita, senza gratitudine e subendo l’esistenza con il cuore gonfio di risentimento. Nietzsche ha dedicato tutta la sua vita a spiegare che è quello il dramma della condizione umana.

Un intermezzo: la lectio magistralis di Norberto Bobbio: “De Senectute”

Nel 1996, a Sassari, Norberto Bobbio venne insignito della laurea ad honorem in Scienze Politiche e, in quell’occasione, egli tenne la sua lectio magistralis sulla “**vecchiaia**”, ricordando che nella storia letteraria c’è una lunga tradizione retorica di trattatelli scritti per esaltare la virtù e la felicità della vecchiaia, che negli ultimi tempi si avvale in modo particolare dei messaggi televisivi, dove non il vecchio, ma l’anziano, termine più neutrale, diventa il corteggiatissimo fruitore della società dei consumi, portatore di nuove domande di merci, benvenuto collaboratore dell’allargamento del mercato. In una società dove tutto si può comperare e vendere, dove tutto ha un prezzo, anche la vecchiaia può diventare una merce come tutte le altre. Basta guardarsi intorno, allungare lo sguardo nelle case di riposo e negli ospedali, o nei piccoli appartamenti della povera gente che ha un vecchio in casa (...), per rendersi conto di quanto sia falsa la raffigurazione non disinteressata, ma interessatamente lusingatrice del “**vecchio è bello**”!

Egli analizza, quindi, la situazione reale, concreta della vecchiaia, inserendola, se così si può dire, entro due “atteggiamenti estremi”: quello del vecchio soddisfatto di sé della tradizione retorica e quello del vecchio disperato di frequenti situazioni concrete, allo scopo “**di indurci a riflettere ancora una volta sulle varietà dei nostri umori verso la vita** nel pluriverso dei valori contraddittori in cui ci muoviamo, e, quindi, sulla difficoltà di comprendere il mondo e, dentro questo mondo, noi stessi”.

Tra i due sistemi citati sopra, Bobbio elenca “infiniti altri modi di vivere la vecchiaia”: l’accettazione passiva, la rassegnazione, l’indifferenza, il camuffamento di chi si ostina a non vedere le proprie rughe e il proprio indebolimento e si impone la maschera dell’eterna giovinezza, la ribellione consapevole attraverso il continuo sforzo, spesso destinato al fallimento, di continuare inflessibilmente il lavoro di

sempre o, al contrario, il distacco degli affanni quotidiani e il raccoglimento nella riflessione o nella preghiera, il vivere questa vita come se fosse già l’altra, lacerati tutti i vincoli mondani.” Egli ribadisce:

“La vecchiaia non è scissa dal resto della vita precedente; è la continuazione della tua adolescenza, giovinezza, maturità. Rispecchia la tua visione della vita e cambia il tuo atteggiamento verso di essa, secondo che hai concepito la vita come una montagna impervia da scalare, o come una fiumana in cui sei immerso e che corre lentamente verso la foce, o come una selva in cui ti aggiri, sempre incerto sulla via da seguire per uscire all’aperto”.

C’è il vecchio sereno e quello mesto, il soddisfatto giunto tranquillamente alla fine delle proprie giornate, l’inquieto che ricorda soprattutto le proprie cadute e attende trepidante l’ultima da cui non riuscirà più a sollevarsi; chi assapora la propria vittoria e chi non riesce a cancellare dalla memoria le proprie sconfitte.

C’è anche il vecchio, ormai fuori di senno, penoso non a sé ma agli altri, vittima di una crudele penitenza, di cui lui e noi ignoriamo la causa. Cosima, la protagonista del libro di Sandra Petrignani “Vecchi”, la cui lettura mi ha affascinato e rattristato insieme, per l’intensità della rappresentazione del mondo dei vecchi, dice affettuosamente: “I rincoglioniti sono stupidi, sono come bambini folli. Ti vengono dietro a qualsiasi fantasia, finché non sai più cos’è fantasia e cosa la loro realtà, la vita che hanno avuto e dimenticato o voluto dimenticare”.

L’ottantasettenne, lucido, professore emerito Norberto Bobbio, ribadisce che “**il mondo dei vecchi, di tutti i vecchi, è, in modo più o meno intenso, il mondo della memoria**”. La dimensione in cui vivono i vecchi è il passato. Il tempo del futuro è per loro troppo breve perché si dia pensiero di quello che avverrà. “La vecchiaia, diceva quel malato, dura poco”. Così, per loro, diventa un’attività salutare il “rimembrare”, perché in essa ritrovano la loro identità, le mille vicende vissute, gli anni perduti da tempo, i volti, la voce, i gesti delle persone con cui si è condivisa l’esistenza. Non solo. Ma ripercorrendo i luoghi e i fatti della memoria, si affollano attorno ai vecchi anche morti, che non si possono cancellare come se non fossero esistiti, e che rivivono almeno per un attimo e non sono morti del tutto.

Di sé Norberto Bobbio racconta concludendo la sua lectio magistralis “**De Senectute**”, che la sua è una “vecchiaia melanconica”, intesa la melanconia come la consapevolezza del non raggiunto e del non più raggiungibile. “Vi corrisponde – egli confessa – l’immagine della vita come una strada, ove la meta si sposta sempre in avanti e, quando credi di averla raggiunta, non era quella che ti eri raffigurata come definitiva (...) la melanconia è temperata, tuttavia, dalla costanza degli affetti che il tempo non ha consumato”.

A caccia delle “paure” della vecchiaia

Marie de Hennezel, nel suo testo ormai più volte citato in questa conversazione, **elenca anche le paure che accompagnano “lo svolgersi quotidiano” della vita nella vecchiaia**, alcune delle quali possono essere davvero opprimenti per molte donne e molti uomini in quel periodo della loro vita.

Ella ne ha individuato sette tra esse, a cui va prestata una particolare attenzione anche da parte nostra.

“**La prima è la paura dell’invecchiamento fisico**: il corpo si usura e si teme di diventare brutti e ripugnanti, **di non piacere più** e di dover affrontare lo sguardo giudicante degli altri; **la seconda paura è quella di diventare un peso** per la società e per i giovani; **la terza paura, diffusissima, è quella di perdere la propria autonomia**, di dover affidare il proprio corpo ad altre mani, anche per i bisogni più intimi; **la quarta paura è la demenza senile o l’Alzheimer**, una paura giustificata perché di teme un’autentica epidemia, dalla quale nessuno è al riparo; **la quinta paura è quella di essere ricoverati in una casa di riposo senza il proprio consenso**, di vivere in un istituto dove si perde la propria identità e la propria intimità; **la sesta paura è quella, già denunciata, della solitudine**, o più precisamente, **dell’isolamento**; **la settima, ultima, ma non meno importante, è la paura di morire** e di morire male, nella disperazione”.

1. La paura di non piacere più

Il divieto di invecchiare è talmente radicato nella nostra società che si trasforma, spesso, nella paura di non piacere più, di non sentirsi desiderate/i, di diventare trasparenti allo sguardo altrui. Il corpo cambia, la pelle avvizzisce, ma ci sono cose che non invecchiano. Osservando bene una persona anziana, si può notare che il suo sguardo può essere comunque profondo e luminoso, così come il suo sorriso. Una volta una signora è sbottata con queste semplici parole: “Non toccatemi le rughe; ci ho messo troppo tempo a procurarmele!”.

La bellezza delle persone anziane risiede, in effetti, nell’espressione del volto, perché trasmette tutte le esperienze che ha vissuto. È un fascino che non invecchia mai. Una famosa marca di bellezza ha lanciato, qualche anno fa, una campagna pubblicitaria in cui compariva una modella di 96 anni, il cui volto era segnato come una buccia di mela renetta, ma il sorriso era luminosissimo e lo slogan recitava: “Rugose o radiose?”.

È in questo contesto, mi permetto di sottolineare, che compare **l’importanza del corpo** anche nella vecchiaia.

Si parla, nel nostro tempo, della “**rivoluzione narcisistica**”, come di quella sensibilità che valorizza per “**il corpo che siamo**” anche nella vecchiaia, che sa rallegrarsi per le altre gioie che si possono trarre dal proprio corpo. Se ciò che conta non è più “**il corpo che si ha**”, ma “**il corpo che si è**”, allora cambia il rapporto con la sensualità e la sessualità. La prima si approfondisce con la vecchiaia, perché i sensi sono più vigili, mentre la seconda si modifica, diventa meno impulsiva e più affettiva. **Il piacere, tuttavia, può essere molto più profondo**. L’incontro tra i corpi assomiglia allora a un ballo, in particolare al tango argentino, una danza molto erotica, ma che non coinvolge lo sguardo, perché i partner tengono gli occhi chiusi, con le fronti a contatto fra loro. Ci si mette in ascolto dell’altro e dei suoi ritmi, cercando di percepirla intensamente.

Ciò che gli anziani temono è il giudizio della nostra società sul piacere che possono ancora sentire con i loro corpi, sui sentimenti d’amore che possono ancora provare, perché il “cuore” (!) non invecchia mai!

Nelle case di riposo le storie d’amore non mancano e spesso sono anche oggetto di derisione. La direttrice di una di esse racconta che un giorno i figli di un paziente hanno fatto irruzione nel suo ufficio, gridando: “Non è possibile! Bisogna chiamare il medico di turno! Si tengono per mano, è terribile!”. Ciò che è terribile, in realtà, è di essere di colpo trattati collegiali! **Con quale diritto si può impedire agli anziani di innamorarsi** e di esprimere anche con il corpo il sentimento che provano? Per fortuna, cominciano a nascere istituti che prevedono il “diritto all’intimità affettiva e alla spiritualità”.

2. La paura di pesare e di dipendere.

Purtroppo è una realtà il fatto che **l'invecchiamento della popolazione peserà sulle generazioni di oggi e di domani**. L'onore economico, ad esempio, si presenta in tutta la sua gravità per i singoli e per la società.

Dal punto di vista personale, tra gli anziani c'è anche chi ritiene di aver già contribuito sufficientemente, con la sua vita di lavoro, allo sviluppo della società e di avere, perciò, il diritto ad essere "sostenuto". Certo, anche i vecchi c'è la responsabilità di non pesare sulle proprie famiglie dal punto di vista psicologico e, in un contesto di particolare gravità, di non accettare, in caso di malattia grave **"l'artiglieria pesante"** dell'**"accanimento terapeutico"**.

Questo appello accorato richiede una riflessione sulla parola "sacrificio" che interessa sia il malato che chi ne è coinvolto per motivi umani e affettivi: "quanto si è chiamati a dare, perché si è ricevuto" e "quanto si è ricevuto, così da sentire il bisogno di dare a propria volta?".

3. La terza paura è quella di perdere la propria autonomia. Su questa paura che, come si è già ricordato, porta con sé quella di perdere la propria libertà di gestirsi, di dover affidare il proprio corpo ad altre mani, anche per i bisogni più intimi, valgono le osservazioni già sviluppate precedentemente.

4. La quarta paura è quella di "perdere la testa", che si traduce, di fatto, nella paura dell'Alzheimer, che è sempre più diffusa e di cui, ancora, non esiste una conoscenza adeguata delle cause. Sappiamo tutti quanto soffrono i parenti degli ammalati per l'im-

poverimento relazionale, per il fatto di non essere riconosciuti, per l'alternanza tra incoscienza e smarrimento, per l'aggressività che compare improvvisamente in persone che hanno sempre controllato le loro emozioni e, certo, non possono immaginare la sofferenza e la solitudine che tormentano coloro che sono colpiti da quella malattia.

In questo contesto va almeno fatta una distinzione tra il trattare un anziano come fosse un bambino e il prendersi cura di una persona che per certi aspetti è ritornata bambina. Non è assolutamente la stessa cosa. Nella regressione provocata dalla demenza senile, il bambino interiore ha bisogno di vivere cose che non ha mai vissuto prima... Si ha l'impressione che la persona demente si aspetti qualcosa che non ha mai avuto. E allora si cerca di soddisfare un'esigenza affettiva che, probabilmente, non è mai stata soddisfatta. Ma trattare da bambini è un'altra cosa, è una mancanza di rispetto nei confronti dell'ammalato, della sua dignità, della sua persona.

Ci si chiede, infine, se le persone affette da Alzheimer soffrano. Ma come si fa a saperlo? Chi li accudisce afferma di percepire lampi di lucidità e di grande sofferenza.

È noto, comunque, che **la malattia evolve nel corso degli anni**, con vari fenomeni successivi: i vuoti di memoria, l'incapacità a comunicare, il disorientamento... Non mancano importanti fenomeni di suicidio e richieste di assistenza in proposito... Nei gruppi in cui si discute della paura di invecchiare male, la questione del diritto a morire suscita sempre un acceso dibattito.



5. La paura di invecchiare in una casa di riposo.

L'altra paura che affligge la nostra generazione è il terrore che molti provano all'idea di concludere i propri giorni in una residenza per anziani.

Per molte persone, dover lasciare la propria abitazione per un luogo "anonimo" e ritrovarsi in compagnia di altri anziani, magari non autosufficienti, è straziante. La casa di riposo è vista, nel peggiore dei casi, come una prigione in cui si perde la propria libertà. Nel migliore dei casi essa è vista come una sorta di "collegio" dove si devono rispettare alcune regole da parte di tutti. Si tratta di una visione che va sicuramente superata, perché anche lì si scopre che c'è vita, sicurezza, umanità.

Non solo. Ma se si dà uno sguardo in giro si viene a sapere che in molti luoghi dell'Europa c'è molta attenzione a "rivedere" le strutture di accoglienza per gli anziani. Si stanno studiando nuove forme di comunità nelle quali si possano accudire fino alla fine le persone che vi abitano, anche quando non sono più autosufficienti e sono affette da demenza senile. Occorre, si può dire, prestare attenzione a **costruire legami "spirituali"**, nel senso più alto del termine, basati sulla condivisione emotiva e sulla reciproca solidarietà, valori che appartengono all'umano in quanto tale.

6. La sesta paura è la paura dell'isolamento.

Noi siamo esseri sociali e i contatti sono fondamentali per il nostro benessere. È per questo che, per invecchiare bene, si raccomanda di mantenere i legami con gli altri. La solitudine è una cosa diversa: è il fatto di essere soli e di star bene con sé stessi. È la cosiddetta "buona solitudine", cercata e vissuta con grande ristoro dell'anima.

7. La settima paura è quella della morte e la paura di morire male.

Invecchiare significa anche avvicinarsi alla morte. Però è un argomento, questo, di cui non si parla di solito, scomodo, angosciante, spesso deliberatamente evitato.

Oggi la paura della morte non è (quasi) più la paura metafisica del purgatorio o dell'inferno che provavano le generazioni che ci hanno preceduto. È piuttosto il terrore del dolore, della sofferenza estrema che forse non può essere accettata.

- È la paura di essere mantenuti in vita oltre i limiti ragionevoli;
- È la paura di morire circondati da tubi e macchinari, in un reparto di rianimazione;
- È la paura di essere abbandonati, di morire da soli, senza una mano amica o una persona cara al proprio fianco.

Un passo importantissimo, in proposito, è stato compiuto con la legge 38 del 2010 che ha sancito il diritto di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore per tutti i cittadini.

"Quanti prima di me hanno vissuto quell'esperienza!" ripeteva un uomo all'amico che era andato a trovarlo, cercando di farsi coraggio. Quante persone pregano o si appellano alla religione della loro infanzia nei loro ultimi istanti...

C'è un proverbio che ripete che **"si muore come si è vissuti"**. Non è del tutto vero! Comunque è anche vero che "l'essenziale per una candela non è il punto in cui è collocata, ma la luce che emana fino alla fine!".

"Prendersi cura" della "vecchiaia" e dei suoi "interpreti"

Alla fine del nostro viaggio, sempre **"interrotto"** per dirla con Martin Heidegger, uno dei più grandi interpreti del pensiero filosofico del Novecento, possiamo cogliere da lui anche il linguaggio che si riferisce all'atteggiamento da assumere da parte dell'"umano" nei confronti della realtà: **il prendersi cura (besorgen)**, che è struttura fondamentale dell'esistenza, il segno di una unità da tutelare e da rinnovare nel tempo che ci è dato da vivere. Esso (il "prendersi cura") è quell'atto che Luigi Pintor, in un piccolo libro, **"Servabo"**, di qualche anno fa, descriveva in maniera ineguagliabile: **"Non c'è in un'intera vita cosa più importante da fare che chinarsi perché l'altro, cingendoti il collo, possa rialzarsi"** (Bollati – Boringhieri, 1991, p. 85).

Nei confronti dei "vecchi" (della vecchiaia) la relazione di cura deve tener conto di due dimensioni esistenziali: si tratta, appunto, di **"curare" la vita e, insieme, la libertà di quelle persone.**

Non è ovvio questo passaggio, anche per quanto si diceva sopra: non si tratta di curare "ruderì", "macerie", "scarti", "monumenti ai caduti", "rimbambiti", ma persone vive, pensanti, amanti della vita, capaci di relazioni profonde; non si tratta, ancora di più, di curare servi, irresponsabili, automi, ma persone libere, capaci

di scegliere, di desiderare, di progettare (evidentemente nei limiti delle loro condizioni fisiche e psichiche). È ovvio, perciò, affermare che la vita umana va scrupolosamente rispettata e difesa in qualsiasi circostanza e temporalità. **Lì dove si parla di aiuto e di bisogno, lì intervengono competenza e compassione.** Non è possibile scindere questi poli e, anzi, la varietà delle loro interazioni è pari alle infinite possibilità che gli umani hanno di declinarli. La cura chiede competenza e compassione e genera competenza e compassione. E questo essa chiede e genera non solo negli individui, ma anche nelle comunità.

Dell'umano nessuno ha il monopolio. A esso ciascuno può contribuire o, anche, rifiutarsi, non solo per come gestisce la relazione di cura, ma anche per ciò che crede di essere o per ciò che è in realtà. Trovo bella, per concludere, l'immagine offerta da Erri de Luca, per indicare il senso pro-

fondo di una cura che sia umana: per lui **“occorre sfilare i guanti di plastica alle mani moderne e invitarle a toccare anche le piaghe”**.

Scrive W. B. Yeats: “L'anziano non è che un relitto umano, un abito a brandelli appeso ad un bastone, **a meno che l'anima non batta le mani e canti sempre più forte**, per ogni brandello del suo abito mortale”.

E **Franz Kafka** commenta: “La giovinezza è felice, perché vede la bellezza. **Chiunque, però, sia in grado di mantenere quella capacità** (di vedere la bellezza), **non diventerà mai vecchio**”.

Lezione magistrale tenuta alla Giornata inaugurale del Corso di Formazione per medici di RSA a Trento in Aula Grande della Fondazione Bruno Kessler il 2 aprile 2022.

Bibliografia minima:

Marie De Hennezel e Bertrand Vergely, La Forza dell'Età, Vallardi, 2015
Norberto Bobbio, Lectio Magistralis de senectute, 1996
Rita Levi-Montalcini, L'asso nella manica a brandelli, Baldini-Castaldi, 1998
Servitium, n. 163 – gennaio/febbraio 2006 – Invecchiare



—Il mondo Mezzacorona e Rotari

TRENTINO

Visite guidate con degustazione

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

Visitate il nostro Wine Shop

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


MEZZACORONA
1904


ROTARI
TRENTO DOC

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

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

Salvare il Servizio Sanitario Provinciale

Un documento del Consiglio dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri



a Salute è un diritto di ogni Cittadino - Difenderla è un nostro dovere.

Il Servizio Sanitario Nazionale, introdotto con la Legge 833 del 1978, definito giustamente la più importante opera pubblica mai costruita nel nostro Paese, assegna allo Stato il compito e la responsabilità della tutela della salute di tutti i cittadini, senza distinzione alcuna, e ha introdotto due concetti innovativi per quel tempo: la prevenzione e la riabilitazione.

Dal 1992, con l'aziendalizzazione e la necessità di far quadrare i bilanci, il Servizio Sanitario ha subito continui tagli per razionalizzare e ridurre i costi e di conseguenza ad una inesorabile contrazione delle risorse.

Si pensi che tra il 2010 e il 2020 in Italia sono stati chiusi 111 ospedali, 113 Pronti Soccorso e tolti 37 mila posti letto: da qui una riduzione di 2,13 milioni di ricoveri e 283 milioni di prestazioni.

Oggi, anche come conseguenza del blocco del turnover, introdotto nel 2008, nelle strutture ospedaliere, nonostante le assunzioni per far fronte al Covid-19, mancano all'appello ancora oltre 29 mila professionisti, di cui 4.311 medici. (Dati Cimo-Fesmed)

Numeri che, **a cascata, hanno comportato una riduzione drastica dell'attività sanitaria** e, nonostante la presenza di importanti aree di eccellenza professionale e tecnologica, una tendenza di inesorabile declino del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel quinquennio **2019-2023** sono previsti **32.501 pensionamenti**, a fronte della formazione di soli **22.328 nuovi specialisti** con una **carezza prevista di circa 10.173** specialisti.

Nel quinquennio **2024-2028** si prevedono invece **22.206** pensionamenti, mentre i nuovi specialisti, per l'aumento dei contratti di formazione specialistica, si prevede siano **30.687** con un **surplus teorico di 8.481 unità**.

Questo scenario, tuttavia, potrebbe subire cambiamenti in futuro se si considera che ai **6.225** medici specialisti che oggi mancano potrebbero essere necessari ulteriori **4.000** specialisti per far fronte alle nuove attività assistenziali conseguenti alla pandemia da COVID-19 e che potrebbero aumentare le uscite per lo stress lavoro correlato con un ammanco, nelle previsioni più pessimistiche, di circa **24.000 specialisti nel 2023 (dati Anaao Assomed)**.

Il problema medico non è recente e il Trentino non ne è esente. Si calcola che nella nostra Provincia, nel periodo tra il 2020 e il 2030, andranno in pensione 339 medici dipendenti dell'APSS che corrispondono al 34% dei medici in attività e all'incirca la metà dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Pensare che per sostituire i medici che si pensionano basti una loro sostituzione numerica è un grave errore. Se l'inserimento nella organizzazione sanitaria degli iscritti alla Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale e degli specializzandi degli ultimi anni di corso è una scelta condivisibile, **l'utilizzo di medici gettonisti e/o il ricorso a medici forniti da Cooperative o provenienti da paesi stranieri è decisamente deleterio per l'organizzazione del lavoro e per la qualità dell'assistenza al cittadino.** Così facendo il sistema provinciale perde sempre

più di attrattività e la gestione dei reparti si fa sempre più difficile. A tale proposito non ha aiutato nemmeno il ridimensionamento delle direzioni sanitarie, attuato nella precedente riorganizzazione aziendale del 2017 e la creazione di diverse linee di responsabilità gestionali (medica, infermieristica, ecc).

Per voler rendere efficiente il servizio sanitario cioè si va ad aumentare la frammentarietà dell'organizzazione: nel 2017 erano state introdotte le reti cliniche e i dipartimenti funzionali in numero massimo di 10 mentre nella riforma attuale i dipartimenti (ospedalieri, territoriali e transmurali) sono diventati 15, sono rimaste le reti cliniche, ma si sono aggiunte 13 reti professionali locali.

Se si vuole potenziare la sanità pubblica è necessaria una riforma sostanziale che semplifichi e razionalizzi l'offerta sanitaria in modo tale che sia disponibile per tutti. Per questo è necessario definire il ruolo degli ospedali, la presenza di medici nei territori uniformando i ruoli e i contratti di lavoro, gestire in maniera unitaria la specialistica del territorio ed ospedaliera e, nell'eventualità che sia temporaneamente necessario, ricorrere a strutture private, adottare protocolli univoci ed effettuare un controllo di qualità.

Prospettive future

Con la delibera della Giunta provinciale del 27.08 2021 e quella aziendale del 4.05 2021 si è proposta una nuova organizzazione al servizio sanitario provinciale introducendo il concetto del cosiddetto ospedale policentrico, quello dei dipartimenti ospedalieri, transmurali e territoriali e delle reti professionali locali professionali per:

- assicurare una presa in carico globale, olistica, dei bisogni della persona a partire dalle condizioni di rischio,
- recuperare, censire e valorizzare tutte le risorse professionali e del volontariato e delle buone prassi organizzative,
- rafforzare il legame tra sanità territoriale e sanità e igiene pubblica con l'istituzione di un forte Dipartimento di Prevenzione.

L'esigenza di un riequilibrio dei servizi socio-sanitari tra centro e periferia raccomandato dal Piano PNRR e dai documenti Agenas – necessario in una realtà come il Trentino - è una scommessa aperta vista la suddivisione del territorio fatta in tre distretti. Il nuovo modello inoltre non può essere che sociale e sanita-

rio, deve essere capace di integrare ospedale e territorio e superare la frammentazione esistente tra servizi assistenziali e rete ospedaliera e territoriale, attuare la riforma della medicina territoriale che costituisce la parte fondamentale della nuova riforma, potenziare e qualificare l'assistenza e la riabilitazione domiciliare, prevedere strutture per cure intermedie, implementare i PDTA soprattutto per i cronici e i fragili per evitare situazioni di abbandono, sviluppare la telemedicina e ripensare un nuovo modello di RSA.

Realizzare questo programma è possibile a condizione che si preveda un incremento degli operatori, si attui una vera politica di valorizzare delle risorse umane e si proceda ad istituire sul territorio le aggregazioni dei MMG.

Il perno del sistema sarà il **Distretto sanitario** al cui interno rivestirà un ruolo fondamentale la Casa della Comunità dove i cittadini potranno trovare assistenza h24 ogni giorno della settimana. Rimangono in piedi gli studi dei medici di famiglia (definiti spoke delle Case della Comunità) che saranno collegati in rete per garantire aperture h12 sei giorni su sette. All'interno del Distretto vi saranno poi gli Ospedali di Comunità e saranno decisivi ad esempio per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero o in tutti quei casi dove c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente. A coordinare i vari servizi presenti nel Distretto vi saranno poi le Centrali operative territoriali e forte impulso verrà dato al numero di assistenza territoriale europeo 116117 che i cittadini potranno chiamare per richiedere tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale. Vengono poi fissati gli standard per l'assistenza domiciliare e viene definito l'utilizzo dei servizi di Telemedicina.



La Casa della Comunità è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria. Garantita la presenza di specialisti anche grazie alla telemedicina, CUP, punti prelievo, piccola diagnostica, servizi sociali, assistenza domiciliare e coordinerà la rete di assistenza sanitaria e sociale del cittadino comprese le RSA attraverso una Centrale Operativa Territoriale.

L’Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero breve che afferisce alla rete di offerta dell’Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell’autonomia e più prossimi al domicilio. **La Centrale Operativa 116117** sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Gli aspetti da chiarire in questo tipo di organizzazione sono diversi uno su tutti la funzione degli Ospedali di Comunità e delle Case della Comunità in un contesto che vede ancora preminente l’impianto basato sulla cura e non sul “care”, sulla malattia e non sulla salute della persona e della comunità.

Questa nuova organizzazione, prevista e finanziata dal PNRR, dovrebbe essere realizzata nei prossimi anni (il condizionale è d’obbligo considerata l’annosa questione del NOT) ed essere ultimata nel 2026.

Nei prossimi quattro anni come si eviterà il default della sanità pubblica trentina?

La nuova organizzazione della sanità provinciale non serve a nulla se non è accompagnata da un serio programma strategico volto non solo a tamponare l’emergenza, ma a implementare la nuova sanità pubblica.

Il rischio di avere un contenitore senza contenuti e che si costruiscano strutture murarie senza avere chi le fa funzionare è elevato e l’Ordine lo ha da tempo evidenziato come ha sottolineato come le risorse previste per l’assunzione e la formazione del personale siano insufficienti.

Proposte

Dobbiamo rilevare che purtroppo l’Ordine non è mai stato coinvolto compiutamente nei progetti e nelle scelte e questo nonostante abbia segnalato ripetutamente il progressivo peggioramento della sanità pubblica. La pandemia ha evidenziato come solo un sistema pubblico, in grado di modificarsi in base alle esigenze, può contrastare morbilità e mortalità in una fase di drammatica emergenza quale è stata il Covid.

La pandemia, ancora più di prima, ci ha affidato un compito che per noi diventa un obbligo di salvare il SSN equo e universale.

Per questo siamo impegnati a proporre e sostenere la necessità di una riforma strutturale e non di facciata che:

- Sostenga finanziariamente il SSN e investa nella sanità che non deve più essere vista come una voce di spesa, ma come fonte di investimento, di guadagno e di ricchezza.
- Introduca politiche innovative di gestione del personale. Di fronte alla evoluzione della società e della scienza non si è visto una analoga evoluzione nella organizzazione del SSN che avesse come obiettivo il lavorare sul contesto lavorativo demotivante in cui si trovano i professionisti. E’ innegabile l’attuale crisi della professione medica stretta tra cambiamento demografico, restrizione delle risorse e ossessione del controllo da parte del management sanitario: **“Una crisi di identità che fa da sfondo, con-cause ed effetto, alla crisi della sanità pubblica che non troverà soluzione se non insieme ad essa”** (Comunicato stampa FNOMCeO del 24 settembre 2022). **I professionisti vanno coinvolti costruendo su ognuno di loro un progetto di crescita professionale e di carriera individuale, sostenendo la responsabilità e l’autonomia, valorizzando la natura intellettuale della professione e non l’aspetto impiegatizio**, assicurare ai medici maggiore incisività nelle scelte di politica sanitaria, lavorare sulla premialità che non significa necessariamente ricorrere a strumenti monetari, che pure sono importanti e che servono a non umiliare i professionisti. **Oggi i percorsi di carriera sono lenti e premiano quasi sempre l’anzianità e non il merito e l’innovazione.**
- Attui una politica di valorizzazione dei medici, e **in particolare dei giovani**. I medici vanno rispettati nella loro specifica professionalità e vanno

valorizzati permettendo loro di aggiornarsi e sviluppare al meglio le competenze specifiche nell'ambito del loro ruolo e della sede di lavoro. Le 7 borse di studio per MMG e i 10 corsi sulle infezioni ospedaliere uniche previste e finanziate dal PNRR sono del tutto insufficienti.

- Porti ad una reale semplificazione del carico dei procedimenti e delle incombenze burocratiche: **“Una mortificazione del ruolo professionale che sottrae spazio alla clinica, pretendendo di sostituire il cronometro allo stetoscopio”**. (Comunicato stampa FNOMCeO del 24 settembre 2022)
- Sia impegnata a costruire non soluzioni tampone, ma di sistema. Per risolvere le liste di attesa e la **carenza di medici specialisti** oltre all'aumento dei contratti di formazione specialistica **occorre eliminare il tetto di spesa per il personale, riferito al 2008, e assumere medici potenziando gli organici**. Finora il medico per spirito di servizio si è fatto carico di assicurare la continuità del servizio sanitario anche supplendo a ogni disservizio e assumendosi responsabilità non sue tanto da abituare i responsabili aziendali a chiedergli, con naturalezza, di continuare per senso del dovere.
- Sia impegnata nel promuovere una vera educazione sanitaria delle persone perché il SSN sia sentito come un patrimonio di tutti che va difeso e salvato. **Bisogna rilanciare un patto sociale che veda operatori sanitari, cittadini e Istituzioni impegnati a saper utilizzare le risorse in modo appropriato** per avere la possibilità di dare a tutti quello di cui hanno bisogno. “Se il cittadino diventa un coautore della propria cura, allora non può avere solo avere diritti, ma deve avere anche dei doveri, quelli che vanno dalla salute, al buon uso dei servizi, all'obbligo di rispettare le prescrizioni del medico, di non sprecare le risorse, di adottare condotte ragionevoli, di non aggredire i medici né legalmente né fisicamente.” (Ivan Cavicchi, Ordine dei medici di Trento. *Riformare la deontologia medica*, ed. Dedalo 2018)

Se vogliamo salvare il nostro Sistema sanitario pubblico occorre che ci opponiamo al rischio che il diritto alla salute venga messo in pericolo da una gestione economicistica della sanità e che la professione medica venga condizionata dalla disponibilità di risorse.



ONORIFICENZA AL PROF. CLAUDIO ECCHER

Significativo riconoscimento per il prof. Claudio Eccher, già primary di chirurgia generale dell'Ospedale Santa Chiara di Trento: di recente è stato insignito del diploma di socio onorario dell'Associazione di chirurgia Veneto-Tirolo-Lombardia. Con lui premiati anche Gian Gaetano Delaini e Raimund Margreiter, pioniere del trapianto di fegato ad Innsbruck.

L'Associazione è nata 46 anni fa ed ha lo scopo di favorire l'incontro fra i chirurghi che lavorano in queste tre aree e conseguentemente il confronto di esperienze ed opinioni. L'Associazione si riunisce una volta all'anno e l'ultimo incontro si è svolto a San Bonifacio di Verona. Il riconoscimento del prof. Eccher è avvenuto proprio in occasione di questa riunione. Nel corso della cerimonia è stato messo in evidenza come la scuola chirurgica del prof. Eccher si sia affermata e sia nota anche in altre regioni italiane tant'è che il Trentino si è trasformato da territorio di importazione professionale ad area geografica di esportazione con professionisti che si spostano altrove.

Per questo riteniamo utile proseguire nel tenere aperto un tavolo di lavoro con i principali soggetti coinvolti (“stakeholder”) medici, associazioni di pazienti, consulta per la salute, sindacati, Università, Azienda ecc. per creare le basi perché si abbiano a maturare i tempi per una vera **riforma** basata sull' utilizzo razionale, condiviso e semplificato dei servizi sanitari **a difesa della Salute come diritto fondamentale dell'uomo e pilastro della nostra democrazia.**

Documento elaborato dal Consiglio Direttivo dell'Ordine

Il progetto per l'inceneritore dimentica l'aspetto sanitario

Si torna a parlare di inceneritore per il Trentino

S

i torna a parlare di inceneritore per il Trentino. Dopo l'incendio che attorno a Ferragosto aveva interessato la discarica di Zambana, il presidente della Provincia, Maurizio Fugatti, ha detto che è ora di pensare alla realizzazione dell'inceneritore. Se ne era parlato una ventina di anni fa ai tempi di Dellai sindaco di

Trento, ma allora, dopo polemiche infinite, il progetto era stato archiviato. Ora vedremo come andrà con questo. Nel frattempo, comunque, la Commissione ambiente dell'Ordine dei medici, presieduta dal dott. Paolo Bortolotti, ha compiuto un egregio lavoro esaminando il progetto studiato da Università e FBK per conto della Provincia relativamente alle varie possibili soluzioni. Di seguito riportiamo le osservazioni formulate dalla Commissione, la più importante delle quali è che lo studio di fatto non tiene conto degli aspetti sanitari. Il che non è poco. Ecco comunque le considerazioni della Commissione.

Premessa:

- L'Economia circolare è un termine che definisce un sistema economico pensato per potersi rigenerare da solo garantendo dunque anche la sua ecosostenibilità.
- I principi dell'economia circolare contrastano con il tradizionale modello economico lineare, fondato su uno schema opposto: estrarre, produrre, utilizzare e gettare.
- L'incentivazione dell'economia circolare si fonda su due capisaldi:
 1. la riduzione della quantità di rifiuti da gestire è raggiungibile sia attraverso misure di prevenzione da applicare non solo durante il processo produttivo, ma *già in sede di progettazione dei beni*, sia selezionando con attenzione quegli scarti di lavorazione che possono essere qualificati come sottoprodotti e dunque idonei alla commercializzazione.
 2. la diffusione, tramite il riciclaggio e le operazioni di recupero, dei procedimenti e dei trattamenti volti alla cessazione della qualifica di "rifiuto".



Paolo Bortolotti
Coordinatore Commissione
Ambiente, Ordine dei
Medici di Trento

- Circolarità e sostenibilità devono essere integrate in tutte le fasi della catena produttiva per raggiungere un'economia completamente circolare: dalla progettazione alla produzione, fino al consumatore: Occorre considerare l'impatto ambientale di un determinato oggetto sin dalla fase di progettazione. Questo aggiornamento del Piano Provinciale Rifiuti può costituire l'occasione per passare dal parlare di economia circolare alla sua messa in pratica.
- Il futuro dello smaltimento dei rifiuti, così come previsto dalla direttiva quadro 2008/98/CE, recepita con il D.LGS 205/2010, avverrà nel rispetto della seguente gerarchia: a) prevenzione; b) preparazione per il riutilizzo; c) riciclaggio; d) recupero di altro tipo, per esempio il recupero di energia; e) smaltimento
- A febbraio 2021 il Parlamento europeo ha votato per il nuovo piano d'azione per l'economia circolare. Inoltre sono state approvate misure aggiuntive per raggiungere un'economia a zero emissioni di carbonio. Si dovrebbe giungere quindi a un'economia sostenibile dal punto di vista ambientale, libera dalle sostanze tossiche e completamente circolare entro il 2050.

Bisogna tener presente sempre che **il miglior rifiuto è quello non prodotto.**

Osservazioni:

Il piano presentato è ben documentato ed evidenzia chiaramente la situazione attuale e le criticità con i possibili correttivi ed elenca gli obiettivi e gli scenari possibili.

Grave carenza rilevata è la assoluta mancanza di una valutazione di impatto sanitario (VIS) finalizzata a tutelare la salute delle popolazioni esposte in relazione ai vari scenari proposti e la mancata organizzazione di un sistema di monitoraggio adeguato per la sorveglianza sanitaria di ciascuno essi. Sarebbe opportuno, anche pro futuro e per altre matrici ambientali, indicare quale settore dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari se ne debba occupare, verificando al contempo, l'esistenza di risorse e competenze necessarie, provvedendo, nel caso, al loro adeguamento.

Da notare la ridotta produzione pro capite di rifiuti urbani (432,3 Kg/ab/eq) inferiore alla media nazionale (499,3 Kg/ab/eq), pur con una notevole differenza territoriale legata anche a sistemi di raccolta e tariffazione diversa. Questo dato è molto importante e va attentamente considerato, in quanto indica la sensibilità dei cittadini verso il problema della riduzione dei rifiuti e la salvaguardia del territorio.

Gli obiettivi proposti, nell'ottica dell'economia circolare, prevedono un maggiore riutilizzo e riuso dei prodotti, la creazione di impianti di recupero definitivo di rifiuti ingombranti e multimateriale, il miglioramento della raccolta differenziata (recupero dei tessili sanitari che costituiscono il 22.4% del totale), netta riduzione della componente organica nell'indifferenziato.

Tutto ciò è possibile con le molte soluzioni presentate che vanno da una migliore informazione dell'utenza, utilizzo di sistemi tariffari "premianti", sensibilizzazione dei giovani nelle scuole, azione diretta sui produttori del rifiuto ecc.

Considerazioni:

Nell'ambito degli obblighi previsti dal Decreto Legislativo 36/2003 articolo 5, che stabilisce che entro il 2035 la quantità di rifiuti urbani collocati in discarica non può superare il 10% del totale in peso dei rifiuti urbani prodotti dalla provincia, sono stati proposti vari scenari.

La commissione ambiente ritiene:

- Necessario privilegiare l'economia circolare partendo dalla catena produttiva (progettazione), associata alla creazione in loco di impianti per il recupero definitivo dei multimateriali.
- Il futuro non è la combustione (anche i paesi del Nord Europa rivedono i loro programmi).



- La combustione (ed anche l'ossidazione) produce la liberazione in ambiente di sostanze tossiche, cancerogene e mutagene che pur in bassa quantità tendono ad accumularsi e a potenziarsi all'interno del corpo umano (bioaccumulo e biomagnificazione). Per alcune di queste sostanze non esiste un limite minimo di sicurezza. Inoltre vi è un obbligo (Parlamento Europeo feb.2011) di accelerare il percorso di decarbonizzazione.
- Abbiamo tutti, e gli amministratori in primis, una grande responsabilità verso le nuove generazioni.
- **Attivare un piano che nel medio termine porti ad una riduzione della produzione di rifiuti da collocare in discarica entro il 10% del totale SENZA ricorrere alla combustione che non può considerarsi una soluzione strutturale per il futuro in quanto peggiorativa della già compromessa situazione ambientale.**
- **Nel breve periodo associare ad una campagna informativa (che porti ad aumentare il senso civico ambientale già presente nei cittadini, per favorire una riduzione e una corretta differenziazione dei rifiuti) associando solo temporaneamente il conferimento di rifiuti non recuperabili ad impianti di conversione termochimica già esistenti fuori provincia. La creazione di impianti anche temporanei in loco ostacolerebbe il necessario impegno individuale per la riduzione dei rifiuti.**
- L'ambiente per la nostra Provincia è, e sarà molto di più in futuro, la principale fonte di reddito: per questo ogni azione anche costosa per salvaguardarlo è da considerarsi un investimento produttivo.
- Si stanno sviluppando nuove tecnologie per la degradazione dei materiali che porteranno nuove possibilità.
- Qualsiasi sia la decisione presa, è **sempre necessaria una valutazione di impatto sanitario** ed una realizzazione di un piano di monitoraggio che partendo dai servizi di sanità pubblica dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, **coinvolga i medici operanti nel territorio** (rete medici sentinella).

In conclusione, come medici, chiediamo un cambio di paradigma, difficile, costoso, ma necessario per salvaguardare la salute delle nuove generazioni, che, a differenza di chi vive oggi, si troveranno in un ambiente peggiore. La salute non ha prezzo e non può essere mai barattata con riduzioni di spesa o miglioramenti economici.

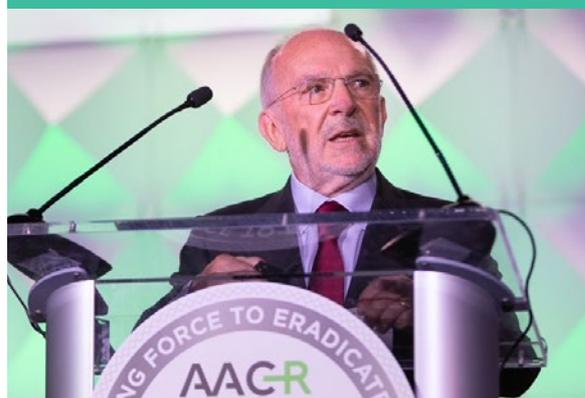
LA FONDAZIONE PEZCOLLER PREMIATA NEGLI USA

La Fondazione Pezcoller, per il tramite del suo presidente **Enzo Galligioni**, ha ricevuto il premio AACR Outstanding Achievement Award 2022 assegnato dall'Associazione americana di ricerca sul cancro, la più rappresentativa a mondo. Il prestigioso riconoscimento è stato consegnato dal *past president* dell'Associazione **Raymond DuBois** nell'ambito della cerimonia per il 115° anniversario dell'AACR, che si è tenuta mercoledì 21 settembre a Washington, DC.

L'evento ha consentito di celebrare i grandi progressi nella ricerca sul cancro, raggiunti dall'AACR nel 1907 ad oggi, e allo stesso tempo mettere in evidenza come i progressi della ricerca, continueranno a generare trattamenti efficaci e aumentare le possibilità di guarigione, a beneficio dei pazienti oncologici di tutto il mondo.

Per la Fondazione Pezcoller si tratta di uno straordinario riconoscimento che premia 40 anni di attività a sostegno della ricerca contro il cancro, e 25 di sodalizio con la AACR.

40 anni a sostegno della ricerca di eccellenza, iniziati con l'intuizione del Prof. Pezcoller, alla fine degli anni 70, e realizzati con determinazione, superando tutte le difficoltà e lo scetticismo iniziale. Un prestigio internazionale, ottenuto passo dopo passo grazie all'impegno costante di tutti i presidenti e consigli di amministrazione, la vicinanza ed il supporto della comunità trentina, (dalle Istituzioni al mondo economico, accademico, scientifico e in particolare della gente), che ci ha accompagnato e sostenuto in questo lungo percorso.



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.

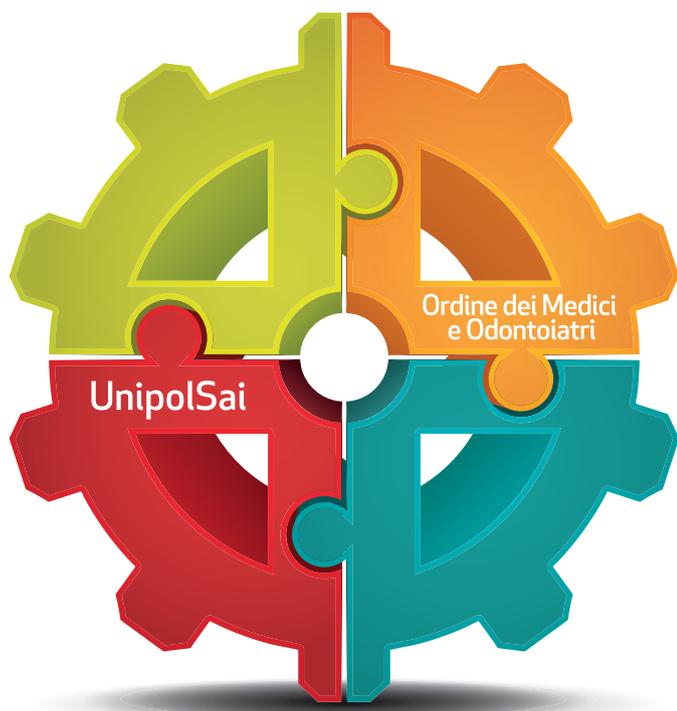
Via Brigata Acqui n° 4 - 38122 Trento (TN)
Tel. Uff. 0461 982114 - 0461 982569
E-mail: agenzia@assitre.it
PEC: assitre@casellapec.com

ASSITRE

di Avi Federico, Fondriest Alessandro e Vecchi Riccardo

UnipolSai
ASSICURAZIONI

L'unione che dà forza al tuo futuro.



MOBILITÀ

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

-costi +servizi



CASA

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

-20%



PROTEZIONE

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

fino al -20%



RISPARMIO

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

+vantaggi

**TASSO
ZERO**
rate mensili

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

*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.

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.

Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Prima della sottoscrizione della polizza leggere il Fascicolo Informativo disponibile in agenzia e sul sito www.unipolsai.it

Abilita e Ausilia, un nuovo approccio al mondo della disabilità

Le esperienze del dott. Guandalini

"D

a loro ho imparato un sacco di cose": Giovanni Guandalini, fisiatra, 33 anni di lavoro all'Ospedale Villa Rosa di Pergine Valsugana, così commenta la sua esperienza, anzi le esperienze che ha potuto acquisire nel rapporto di cura delle persone disabili e degli anziani fragili. "E' un mondo quello dei disabili che ho scoperto via via grazie anche ad un approccio che non si limitava alla cura, ma anche e particolarmente all'ascolto. Ascoltarli, creare un rapporto di reciproca fiducia, comprendere le loro aspettative e capire il loro modo di vivere. "

Parte da queste considerazioni il percorso del dott. Guandalini che lo porterà alla realizzazione di due importanti progetti, denominati Abilita e AUSILIA. "Ho compreso – spiega – che la vera sfida era quella di capire i bisogni dell'utente instaurando un rapporto di fiducia che andava al di là delle cure per le specifiche patologie e doveva mirare a comprendere le aspettative reali del paziente, il suo modo di vivere, la vita di tutti i giorni."

E così dal 2000 il dott. Guandalini si dedica, con una équipe di fisioterapisti, all'analisi dei bisogni e alla scelta degli ausili utili al paziente per vivere meglio, sia nel contesto familiare che nella comunità. Nasce così Abilita- Servizio di Informazione e Valutazione Ausili.

Curare, dunque, la persona disabile non solo nelle sue problematiche mediche, ma creare anche le condizioni, l'ambiente e identificare i relativi dispositivi per permetterle di vivere un po' più serenamente la vita di tutti i giorni. Abilita è quindi una struttura per la valutazione delle tecnologie assistive utili sia per i pazienti degenti che per le persone disabili che stanno in famiglia e, non ultimo, per i loro caregivers. Un esempio che risale ai primi anni di attività: una signora affetta da SLA era arrivata al Servizio inviata da un Collega con la richiesta di un deambulatore per compensare la forte compromissione del cammino e potersi spostare nella propria abitazione riducendo l'impegno dell'assistenza. Mentre si procedeva alla scelta del tipo di deambulatore più indicato, il marito, ad un certo punto interveniva raccontando quasi accidentalmente la sofferenza della signora nel non poter esprimere ai famigliari il



Il dott. Guandalini

proprio pensiero (la malattia aveva infatti interessato anche la produzione del linguaggio). “Mi fermo, guardo la signora e le chiedo se sarebbe stata contenta di disporre di uno strumento che le permettesse di far conoscere ai famigliari il proprio parere e le proprie preoccupazioni: la signora accondiscende con un bellissimo sorriso che le illumina il volto”. Assieme, si decide a quel punto di soprassedere al deambulatore e di richiedere invece una carrozzina con adeguata postura seduta e del capo che permettesse di usare un computer con tastiera a video (a quel tempo non esistevano ancora i comunicatori a controllo oculare). Finché ha potuto la signora ha inviato al Servizio mail in cui ringraziava e affermava che “tutti dovrebbero sapere quanto utili e importanti sono questi strumenti di aiuto”.

“Questa ed altre esperienze – racconta il dott. Guandalini – hanno insegnato a me in primis a porre la massima attenzione alle richieste dell’utente e ad approfondire quella che tecnicamente viene definita l’analisi del bisogno”.

Il servizio offerto da Abilita è ampio: si va dai consigli a pazienti e assistenti all’istruzione dei famigliari per gestire la persona disabile negli spazi di casa, dallo studio della corretta postura sulla carrozzina (la letteratura afferma che i 2/3 dei dolori lamentati dalle persone in carrozzina sono dovuti a una scorretta postura seduta) alle valutazioni in videoconferenza per permettere ai pazienti di mettersi in contatto con i medici e i fisioterapisti senza doversi spostare. Oggi Abilita fornisce televalutazioni specialistiche per la scelta dei dispositivi appropriati a 34 case di riposo e a qualche struttura privata accreditata del Trentino.

Ma i progetti del dott. Guandalini non si sono fermati qui.

“Cominciai a pensare – spiega – che una soluzione ottimale per meglio capire le esigenze dei disabili e valutare le loro competenze e difficoltà, fosse quella di creare un ambiente simile a quello di una abitazione normale, in modo da testare nella realtà quotidiana gli ausili da proporre, gli spazi e l’arredo utili, farli provare alla persona e definire eventuali aggiustamenti dell’abitazione nella quale il vive paziente”.

Il progetto viene battezzato “AUSILIA (Assisted Unit for Simulating Independent Living Activities) – Laboratorio territoriale per la progettazione centrata sull’utente di soluzioni di ausiliazione per le disabilità”: coinvolge l’Azienda Sanitaria e tre Dipartimenti della facoltà di Ingegneria dell’Università degli Studi di Trento (informatica, civile, robotica + biotech) e viene promosso e sostenuto da una delibera della Giunta Rossi.

A Villa Rosa viene quindi realizzato un Appartamento accessibile, domotizzato, sensorizzato, dotato di spazi ed arredi per studiare le diverse disabilità e un Laboratorio di Analisi e Sperimentazione in cui sono riprodotti i diversi

CURRICULUM VITAE DI GUANDALINI GIOVANNI (18.04.1955)

- Già dirigente Medico presso l’U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione del P.O. Villa Rosa, responsabile della Struttura Semplice Servizio Informazione e Valutazione Ausili “ABILITA” del P.O. Villa Rosa e Facente Funzione del direttore del P.O. Villa Rosa
- Ex-professore a contratto per l’insegnamento di Medicina Fisica e Riabilitativa III (medicina dell’età evolutiva) per il D.U. di Fisioterapia a Rovereto (Trento) e professore a contratto per l’insegnamento di Medicina Fisica e Riabilitativa per il corso di laurea in Terapia Occupazionale presso la Scuola Provinciale Superiore di Sanità Claudiana di Bolzano.
- Ha partecipato a diversi corsi, in particolare al Corso di Perfezionamento Universitario su “La Medicina Manuale” (Siena) e al Corso di Perfezionamento Universitario su “Tecnologie per l’autonomia e l’integrazione sociale delle persone disabili” (SIVA-Fondazione Don Carlo Gnocchi (Mi).
- Relatore in vari corsi e convegni su temi inerenti la Riabilitazione e le problematiche relative al mondo degli ausili e dell’ergonomia posturale.
- Ha partecipato a progetti di ricerca europei in qualità di responsabile e referente scientifico (“Adattare la casa alle esigenze dell’anziano con l’ausilio di tecnologie”, “Valutazione di parametri caratterizzanti il moto e la destrezza”, “UNCAP: Ubiquitous Interoperable Care for Ageing People”, “CAPTAIN: Coach Assistant via Project and Tangible Interface”.
- Responsabile scientifico del progetto AUSILIA (Assisted Unit for Simulating Independent Living Activities) – Laboratorio territoriale per la progettazione centrata sull’utente di soluzioni di ausiliazione per le disabilità (che dal 01/01/2021 è diventato un servizio di APSS e centro di ricerca per le tecnologie assistive.

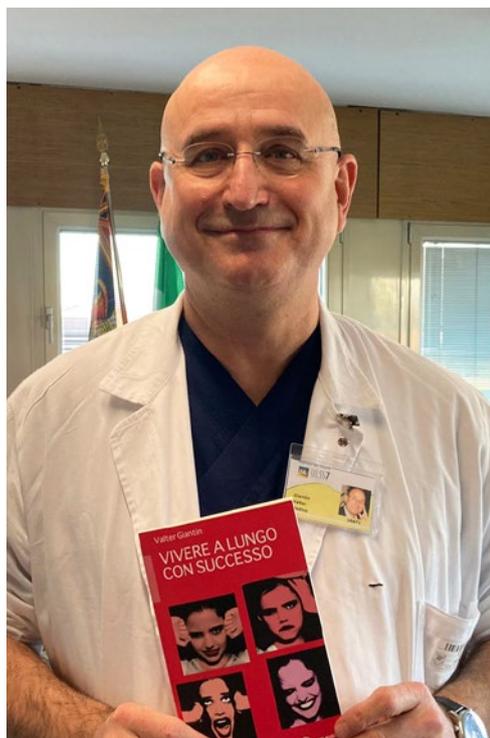
ambienti domestici (cucina, bagno, porte di accesso, scale, ante e pensili posti ad altezze diverse a dotati di impugnature di forma varia) modulari, ossia modificabili, per cui è possibile costruire ad ad hoc gli spazi e le disposizioni degli elementi specifici per l'utente. Le persone affette da disabilità motorie, sensoriali e cognitive non gravi possono abitare in questi spazi per qualche giorno, da soli o col proprio caregiver, adeguatamente seguiti dal personale e monitorati dalle tecnologie installate: telecamere, kinect per la visione in 3D, sensori di vario tipo, magliette sensorizzate (che permettono di registrare le frequenze cardiache e respiratore, la temperatura corporea e la sudorazione). Mentre la persona svolge le proprie attività e prova le diverse tecnologie il sistema registra grazie ai sensori di cui sopra. Ciò permette di garantire l'appropriatezza delle proposte fatte, di misurare la fatica fisica e lo stress, di definire le effettive possibilità dell'utente. A fine percorso i risultati vengono elaborati in un progetto con indicazioni precise circa l'ausiliazione e le modifiche da apportare all'abitazione per migliorare la sua autonomia e sicurezza in casa, progetto che viene condiviso con gli interessati (utente e assistenti). Questo con indubbi vantaggi sia per il paziente che per i familiari. Di qui lo slogan di AUSILIA: "Abilitare ad Abitare".

Terminata la fase progettuale, AUSILIA è attualmente un servizio di APSS rivolto alle persone fragili e un centro di ricerca di nuove tecnologie; ma come altre realtà sanitarie anche tale servizio è stato "cellofanato".

Partendo da queste esperienze il dott. Guandalini, in collaborazione con un Collega, il dott. Valter Giantin, geriatra, bioeticista clinico e primario all'ospedale di Bassano del Grappa, ha curato e pubblicato con la casa editrice Il Mulino e grazie alla Fondazione Emanuela Zancan Onlus (Padova) un primo libro dal titolo **"Cura e reciprocità - molti saperi per un contributo dialogico sulla reciprocità come nuovo paradigma di cura"**. È un volume che, oltre ad illustrare in particolare l'esperienza del dott. Guandalini attraverso i progetti Abilita e AUSILIA, offre una serie di interventi specialistici di alto profilo, nei quali medici e ricercatori coniugano il paradigma "Cura e reciprocità" in vari ambiti della medicina (bioetica, cure palliative, psicologia, benessere ecc.). Ma il lavoro non si fermerà qui: la "scaletta" studiata dai dottori Guandalini e Giantin prevede la pubblicazione di altri 2 volumi, con i quali verrà approfondito il tema della "Cura e reciprocità" declinato nel sapere bioetico in sanità, in altri saperi, nelle tradizioni sapienziali e religiose (reciprocità quindi in un'ottica interdisciplinare) e attraverso una serie di esperienze e testimonianze: per un contributo dialogico sulla reciprocità come nuovo paradigma di cura

Un lavoro non da poco che sicuramente il dott. Guandalini, pensionato da qualche mese, saprà condurre nel migliore dei modi.

Ettore Zampiccoli



VALTER GIANTIN

Medico - Geriatra – Dottore di ricerca in Geriatria e Reumatologia – Bioeticista clinico - Direttore U.O.C. Geriatria di Bassano del Grappa (Vicenza)

Prof. a.c. di Medicina Interna, Bioetica Clinica, Geragogia, Cure Palliative c/o diverse Università degli studi italiane (Padova, Verona, Sacro Cuore-Roma). Presidente dei Comitati etici per la pratica clinica di CS Galvan e C.R.A.U.P. della Saccisica, e dell'Istituto AltaVita-Ira (Padova). Presidente e membro di varie associazioni di volontariato. Ha pubblicato centinaia di articoli scientifici in ambito medico in riviste italiane ed internazionali. Autore di vari libri in ambito medico e bioetico. Nell'ultimo anno ha pubblicato il volume a carattere divulgativo "Vivere a lungo con successo" – Città Nuova Editrice (Roma) ed è stato autore e curatore con Giovanni Guandalini del libro: "Cura e reciprocità. Molti saperi per un contributo dialogico sulla reciprocità come nuovo paradigma di cura". Editrice Il Mulino (Bologna).

In memoria di René Favaloro

L

uglio è il mese della nascita e della tragica morte di René Favaloro, il padre del by-pass aorto-coronario, l'intervento che, a buona ragione e pur considerando le più moderne procedure di rivascularizzazione segnò la pietra miliare nel trattamento non farmacologico della insufficienza coronarica. Favaloro, argentino di origine italiana, ebbe riconoscimenti in tutto il mondo (numerose lauree honoris causa e anche una nomination per il premio Nobel), ma fu un po' trascurato, almeno dal punto di vista accademico, in Italia, la terra dei suoi nonni. **Questo è un piccolo contributo al suo ricordo ed alla sua straordinaria avventura umana e professionale cui manca solo il lieto fine.**

René Favaloro nacque a La Plata, Argentina, il 12 luglio del 1923. I nonni erano di Salina, una delle isole Eolie, in provincia di Messina, ed emigrarono verso la fine dell'800 in Argentina a causa di una epidemia di fillossera che aveva distrutto le viti malvasia, all'epoca unica risorsa economica dell'isola.

Dalla famiglia, i nonni e i genitori (il padre era falegname ebanista, la madre era sarta), imparò fin da piccolo i valori del lavoro e della solidarietà. Dopo la laurea alla Universidad Nacional de la Plata, entrò come tirocinante al Policlinico di Buenos Aires, ma rinunciò al posto in organico per non sottoscrivere una dichiarazione di fedeltà al regime peronista. Anche per questo si trasferì come medico generico a Jacinto Aràuz, piccolo paese rurale della pampa argentina. Qui, insieme al fratello Juan José, anch'egli medico, oltre che nella cura dei malati, si impegnò in una assidua e benemerita attività per migliorare le condizioni di vita degli abitanti non solo dal punto di vista sanitario. Pur da "medico di campagna" continuò a seguire le vicende della grande Medicina senza mai abbandonare la sua passione per la chirurgia toracica.

Nel 1962 si trasferì in America, alla Cleveland Clinic in Ohio, come Fellow del professor Donald B. Effler, Direttore della Chirurgia Cardiovascolare. Qui conobbe F. Mason Sones Jr, il "padre" della coronarografia moderna e ne nacque un sodalizio, professionale ed umano, che porterà alla ideazione ed alla implementazione del by-pass aorto coronario. Sones sfornava coronarografie e Favaloro passava con lui, ma anche da solo, molte ore del giorno e della notte, per studiare la anatomia coronarica "in vivo". Potè così superare l'ostacolo che aveva fatto naufragare i numerosi tentativi di rivascularizzazione chirurgica del cuore fino ad allora effettuati: la conoscenza della anatomia coronarica solo "statica" (frutto di studi autoptici), laddove invece la conoscenza "dinamica", in vivo, era un prerequisito necessario per il buon esito di un intervento sul cuore, un organo sempre in movimento.



Giuseppe Vergara
Cardiologo, ex-direttore
del Dipartimento
Cardiovascolare del
Trentino

Il 9 maggio del 1967 Favalaro effettuò il primo intervento di bypass aorto-coronarico della storia “bypassando” una stenosi della coronaria dx con un pezzo di vena safena “cucito” con un capo sull’aorta ascendente e con l’altro sulla coronaria destra, a valle della stenosi (con la tecnica già sperimentata oltre mezzo secolo prima da Alexis Carrel che per questo ebbe il premio Nobel nel 1912) e ne dimostrò la funzionalità con una storica coronarografia fatta dall’amico Sones (Figura). Fu una pietra miliare nel trattamento chirurgico della insufficienza coronarica.

Avrebbe potuto restare, ricco e famoso, in America, ma forti erano il richiamo della sua terra e la aspirazione ad “emanciparla” dal punto di vista medico-sanitario e, nel 1971, pieno di gloria, rientrò in Argentina con il progetto di dare al proprio paese un Istituto sul modello della Cleveland Clinic. Nacque così, nel 1975, a Buenos Aires, la Fondazione Favalaro dove si formarono migliaia di cardiologi argentini e latino americani. Nonostante la instabilità politica (sono gli anni, in Argentina, delle diverse dittature militari e dei desaparecidos), la Fondazione andò sempre più sviluppandosi come Centro di Ricerca per diventare poi, nel 1998, Università Favalaro. L’enorme e benemerito impegno di Favalaro non trovò, se non inizialmente, corrispondenza nelle autorità

argentine, per cui, complice anche la grave crisi politica ed economica, cominciarono per la Fondazione le difficoltà economiche cui, Favalaro, uomo integro, non resse psicologicamente. Dopo un appello, rimasto senza risposta al Presidente dell’Argentina Fernando de la Rúa, si diede la morte con un colpo di pistola al cuore. Era il 29 luglio del 2000.

La terra dei suoi nonni, l’isola di Salina, lo ricorda con un busto nella piazzetta antistante l’ambulatorio medico del paese di Leni a memoria del suo attaccamento alle radici da lui sempre rivendicate con orgoglio: «*Qui a Salina, la terra dei miei nonni, mi emozionano, come sempre accade, fino al midollo delle ossa. Ora sto poggiando i piedi sopra le mie radici. La prima volta fu un’estate di diversi anni fa. Mi incamminai solo... fermandomi spesso per raccogliere questa terra con le mie mani, stringendola e strofinandola con amore. Ho rubato furtivamente qualche chicco d’uva, masticandolo lentamente, pensando che questa era l’uva che assaporavano i miei nonni.*»



René Favalaro a Cleveland, Ohio

I colleghi scomparsi



DOTT.SSA SARA FRANZOI

Laureata a Bologna nel 1988, specialista in oculistica era una persona alla quale tutti volevano bene. Ha lavorato al S. Chiara fino a pochi mesi fa, fino a quando un male incurabile se l'è portata via. Era un medico attento alle persone dotata di un'empatia e di una disponibilità che i molti pazienti hanno potuto apprezzare unendo la clinica all'attenzione emotiva e personale.

Uno sguardo, il suo, che includeva tutto anche il suo amore per lo sport, una declinazione dell'energia che metteva in ogni cosa. Amava la vita. Quello che non dimenticheremo mai è il suo sorriso contagioso, la sua eleganza e i suoi sguardi.

Lascia un insieme di sguardi che per tanti anni ha fatto sorridere, proprio come faceva lei.

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine e i colleghi la ricordano con gratitudine e affetto, sono vicini al marito Giulio Deldot, collega odontoiatra, ai famigliari, al cognato Luca Deldot, consigliere dell'Ordine, e si uniscono alla costernazione di colleghi, amici e pazienti che ringraziamo per averla potuta conoscere e apprezzare.



DOTT.SSA DANIELA CATTONI

Daniela Cattoni era una persona speciale.

Daniela medico, specialista in Dermatologia ed in Idrologia Medica, ha lavorato per l'Azienda Sanitaria e ha collaborato con la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori Associazione Provinciale di Trento OdV, per la prevenzione e diagnosi precoce del melanoma in tutta la provincia di Trento. Ha partecipato attivamente a numerosi congressi sul melanoma, portando i risultati della sua esperienza e professionalità. E' stata una professionista preparata e scrupolosa che ha sicuramente salvato numerose vite. Alle Terme di Comano ha contribuito, con i suoi studi, a far sì che il termalismo diventasse una medicina scientifica e non alternativa.

Daniela donna, che ha dovuto affrontare un cammino difficile. E' stata colpita da un male subdolo, che non ha dato segni di sé se non troppo tardi, rendendo impossibile una diagnosi precoce. Lei ha combattuto il tumore con grande forza e dignità, con l'aiuto affettuoso dei colleghi oncologi e dell'Hospice di Mezzolombardo.

Combinava sensibilità, delicatezza e coscienziosità per aiutare chi stava vivendo un passaggio difficile come quello della malattia o più semplicemente chi stava cercando di vivere in salute e di prevenire e controllarsi periodicamente.

Ha lasciato un'impronta indelebile per la sua delicatezza e competenza. Mancherà a tutti noi, colleghi e persone che l'hanno incontrata.



DOTT. DARIO BERNARDI

Ci ha lasciato il dott. Dario Bernardi, uno straordinario interprete della medicina di famiglia "vecchia maniera": cura, ascolto, disponibilità e tanta umanità.

Medico radiologo, uomo intelligente e colto, con la passione della storia dell'arte e, in particolare, delle forme pittoriche. Dotato di un grande dono, l'intuito clinico e persona di grande spessore umano che gli permetteva di instaurare un rapporto davvero speciale con i propri pazienti. Lo ricordo discutere con noi medici di corsia sui casi clinici più complessi, ma anche disponibile a confortare i propri pazienti e, se necessario, nei casi più fragili non esitava ad aiutare il paziente a radersi. Un medico che ci insegna come dedicarsi agli altri è senza risparmio. È stato un esempio e un punto di riferimento per tutta la comunità di Mezzolombardo, che ha amato tanto e dalla quale è stato ricambiato. - *Giorgio Devigili*



DOTT. MARIO MATTIVI

È morto all'età di 93 anni dopo una vita dedicata ai pazienti. Medico di medicina generale per oltre 40 anni della comunità dell'Altopiano di Pinè venne insignito nel 2005 del riconoscimento di "Pinetano dell'anno" da parte dei comuni di Baselga e Bedollo.

Laureato presso l'Università degli Studi di Padova nel 1960, specializzato in Puericultura e Pediatria a Padova, in Medicina Generale a Parma ha prestato servizio all'Ospedale S, Chiara dal 1960 al 1966 e nel 1964 ottenne l'abilitazione provinciale a medico condotto operando prima a Borgo Valsugana e dal 1975 a Baselga di Pinè dove divenne anche Ufficiale Sanitario. Il dott. Mario Mattivi dopo aver raggiunto il traguardo della pensione non ha mai smesso di fare il medico mettendosi sempre a disposizione gratuitamente dei suoi pazienti e di quanto ricorrevano a lui per consigli e suggerimenti. Professionista esemplare, medico amato ed apprezzato dai pazienti e dalle famiglie lascia un vuoto nella comunità e nei colleghi. Alla famiglia, alla figlia Maria Teresa dottoressa anche lei le condoglianze più sentite da parte del consiglio direttivo e della comunità dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Trento.



DOTT. LUIGI AMISTADI

Luigi Amistadi se ne è andato a 94 anni in silenzio, in punta di piedi, discreto come sempre ha vissuto. Lo ricordo così sempre sorridente e gioviale quando lo incontravo nelle passeggiate che era solito fare fermandosi a salutare tutti quelli che incontrava tanto era conosciuto e benvenuto.

Laureato in medicina e chirurgia a Milano nel 1953, si è specializzato in Odontoiatria a Pavia nel 1956. Agli inizi della professione aveva fatto anche il medico condotto per poi dedicarsi alla attività LP nel suo storico ambulatorio di via Zoppiroli ad Arco. Proverbiale era la sua disponibilità per ognuno ne avesse bisogno o per un malanno improvviso ai denti specialmente se capitava fuori orario o nei fine settimana. " Al telefono con una voce profonda in netto contrasto con il fisico minuto" - come ebbe a ricordarlo Nello Morandi sulle pagine del quotidiano Adige - diceva sistematicamente: vei che t'aspetto". Si è dedicato con dedizione e competenza alla professione mai smettendo di studiare e di aggiornarsi. Ha avuto anche una esperienza sui banchi del Consiglio Comunale di Arco ed è stato sempre presente nella vita della comunità contribuendo a sostenere enti e amministratori con quella esperienza e umanità di cui si era arricchito dopo tanti anni di contatto con pazienti e famiglie. Quando c'era bisogno della sua presenza, della sua competenza professionale, lui non mancava mai, attento e preciso.

Il certificato medico telematico e cartaceo

Articolo informativo pubblicato sul sito dell'Ordine dei Medici di Firenze



cos'è il certificato medico?

Il certificato medico è la testimonianza scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, la cui dimostrazione può produrre affermazione di particolari diritti soggettivi previsti dalla legge, ovvero determinare particolari conseguenze a carico dell'individuo o della collettività aventi rilevanza giuridica e/o amministrativa.

Cosa significa "certificare"?

I contenuti possibili del certificato medico sono non soltanto le dichiarazioni circa lo stato di salute o di malattia, ma ogni fatto di natura tecnico-sanitaria che il medico ha potuto riscontrare direttamente nell'esercizio della sua professione (ad esempio, la sottoposizione a vaccinazioni, l'idoneità al lavoro, l'idoneità alla pratica sportiva, la salubrità degli ambienti di lavoro, ecc.). Rientrano, così, fra i contenuti possibili della certificazione medica anche fattispecie che non riguardano soltanto la salute o la malattia, ma anche eventi come la nascita o la morte, che il medico è chiamato a constatare di persona.

Quali sono i requisiti "formali" del certificato?

Il certificato deve essere privo di abrasioni e correzioni che possono far sorgere il dubbio di

alterazioni o contraffazioni dell'atto. Nel caso di correzioni, devono essere indicate a chiare lettere e controfirmate dall'estensore. Inoltre il certificato deve essere redatto con una grafia chiara e comprensibile che non dia luogo ad equivoci. La terminologia e il significato del certificato deve essere intellegibile e coerente fra quanto constatato e quanto dichiarato nel certificato. La legge prevede una specifica modulistica solo per alcuni tipi di certificati (ad esempio, certificato di malattia per lavoratori privati, certificato di idoneità alla guida, ecc.).

Quali sono i requisiti "sostanziali" del certificato?

Il certificato deve riportare:

- il nome, il cognome, la qualifica ed eventualmente la struttura sanitaria di appartenenza del medico certificatore;
- le generalità del paziente o del richiedente;
- l'oggetto della certificazione (eventuale diagnosi e prognosi). Nel caso di certificato redatto sulla base di referti obiettivi è opportuno citarli;
- il luogo e la data di rilascio;
- la firma del medico.

È necessario identificare il paziente tramite documento di riconoscimento?

Se fra medico e paziente sussiste un rapporto fiduciario consolidato, si deve dare per scontato che il medico conosca il paziente. Ma se il paziente non è conosciuto, è fortemente raccomandato al medico di chiedere l'esibizione di un documento di riconoscimento.

Infatti se il medico rilascia, anche in buona fede, un certificato col nome di una persona diversa da quella che ha realmente visitato, può essere accusato di aver agito con leggerezza emettendo un certificato che risulta falso.

Quindi identificare il paziente è molto opportuno per evitare qualunque tipo di problema legale.

Cosa significa "veridicità" del certificato?

Il Codice Deontologico impone al medico di redigere il certificato solo con affermazioni che derivano da constatazioni dirette, personalmente effettuate (ad esempio tramite la visita medica), oppure sulla base di documentazione oggettiva (ad esempio sulla base di referti oggettivi). Pertanto al medico non è concesso di redigere un certificato esclusivamente sulla base di quanto gli viene riferito dal paziente o da terzi o su fatti che egli non abbia personalmente constatato, perché questo rappresenta al limite una raccolta anamnestica, insufficiente di per sé a formulare una diagnosi certificabile. È necessario, quindi, prestare molta attenzione a questi casi, perché è fin troppo facile per il medico esporsi al rischio di certificare qualcosa che in realtà non è veritiero.

Il medico può rifiutarsi di certificare?

Il Codice Deontologico impone al medico di rilasciare al paziente le certificazioni sul suo stato di salute. Ovviamente questo precetto va integrato con quanto detto alla risposta precedente, per cui il medico può e deve rifiutarsi di certificare fatti che egli non abbia constatato personalmente o che non siano supportati da riscontri oggettivi. Altrettanto ovviamente, il medico deve rifiutarsi di certificare fatti che egli sappia non corrispondenti al vero. Infine il medico deve rifiutarsi di certificare nei casi in cui la legge prevede che il certificato possa essere rilasciato solo da colleghi rivestiti di particolari qualifiche.

Cos'è il reato di "falso materiale" in certificazione medica?

Il reato di "falso materiale" riguarda la parte formale del certificato. Il medico risponde di questo reato quando, nella redazione del certificato, commette alterazioni o contraffazioni mediante cancellature, abrasioni o aggiunte successive, miranti a far apparire adempiute le condizioni richieste per la sua validità. Come per ogni reato, presuppone il dolo, cioè l'intenzionalità.

Cos'è il reato di "falso ideologico" in certificazione medica?

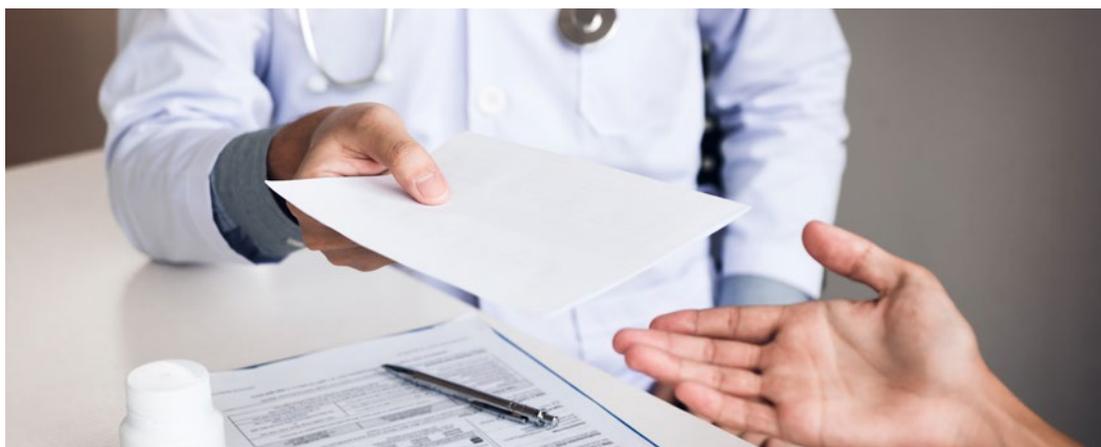
Il reato di "falso ideologico" riguarda la falsa rappresentazione della realtà, cioè l'attestazione per autentici di fatti non rispondenti a verità. Si tratta, quindi, di una certificazione volutamente mendace per fatti o condizioni inesistenti. Come per ogni reato, presuppone il dolo, cioè l'intenzionalità.

Il certificato "erroneo" è un reato?

Se il medico commette un errore nel certificato, ma persuaso di essere nel vero e certificando conformemente alla propria convinzione, non può essere accusato di alcun reato perché in questo caso il certificato non è falso, ma soltanto erroneo. Tuttavia è una situazione che nella realtà può essere difficile da dimostrare.

Cos'è il certificato "compiacente"?

È il certificato che tende, con terminologia volutamente imprecisa e ambigua, ad alterare una situazione o minimizzandola o rendendola sproporzionata. È quindi un certificato che non risponde al requisito della veridicità e quindi può integrare gli estremi di reato di falso ideologico. È irrilevante se questo tipo di certificato sia stato redatto per venire incontro alle esigenze del richiedente. Il medico non deve mai sottrarsi al dovere di attenersi alla veridicità dei fatti.



Il certificato falso può esporre anche al rischio di essere accusati di truffa?

Sì, perché il certificato può determinare la costituzione di diritti in favore del richiedente, con possibili oneri a carico di terzi o a carico dello Stato. Pertanto una falsa certificazione può esporre anche al rischio di essere accusati di truffa.

C'è differenza fra il certificato rilasciato dal medico dipendente pubblico, dal medico convenzionato o dal medico libero professionista?

Dipende dal contesto di riferimento. In linea di principio, ogni medico abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'Albo è ugualmente idoneo a rilasciare una certificazione medica. Tuttavia leggi specifiche riservano la potestà certificativa in alcuni casi a medici in possesso di particolari qualifiche (ad esempio per la certificazione di morte, per la guida di autoveicoli, per il porto d'armi, per la sicurezza sul lavoro, per la pratica sportiva, per l'assenza per malattia dei dipendenti pubblici, ecc.). Dal punto di vista giuridico, i certificati rilasciati dai medici dipendenti pubblici sono considerati "atti pubblici", in quanto il medico che li redige ha la funzione di pubblico ufficiale. Invece i certificati rilasciati dai medici convenzionati sono considerati "certificazioni amministrative", in quanto il medico che li redige ha la qualifica di incaricato di pubblico servizio. Infine i certificati rilasciati dai medici liberi professionisti sono considerati "scritture private" in quanto il medico che li redige svolge un servizio di pubblica utilità. Queste differenze hanno rilevanza soprattutto dal punto di vista penale, perché le pene sono più severe per il falso in atto pubblico rispetto alle altre certificazioni.

Cos'è il "certificato storico"?

Il certificato storico è l'attestazione di una situazione che si è già verificata nel passato e che il medico ricostruisce sulla base di documentazione dell'epoca. Si tratta quindi di una certificazione "ora per allora". Questo tipo di certificazione è piuttosto frequente nell'ambito della medicina legale quando il medico svolge una funzione peritale, oppure quando il medico è chiamato a redigere atti aventi finalità assicurativa o previdenziale. Al contrario, un certificato "storico" non ha ragione di essere in altri contesti, come ad esempio per la certificazione

di malattia dei lavoratori dipendenti, perché il certificato deve essere contestuale all'accertamento della patologia e recare la stessa data dell'effettuazione della visita. Non è, quindi, consentito certificare "a posteriori": farlo esporrebbe il medico al rischio di essere accusato del reato di falsa certificazione.

Come si tutela la privacy del paziente nel certificato?

Se il certificato è richiesto dal paziente e consegnato a lui direttamente, non si pongono problemi di riservatezza. Viceversa, se il certificato viene consegnato ad una persona diversa dal richiedente, il medico deve acquisire una delega scritta che lo autorizza a rilasciare il certificato nelle mani di un terzo. È importante ricordare che, comunque, il certificato deve essere consegnato dal medico o da un suo incaricato (ad esempio la segretaria), ma non deve essere lasciato in luoghi dove non si possa essere sicuri che il ritiro venga effettuato dal diretto interessato. Per i certificati di malattia ad uso lavorativo il medico deve evitare di indicare la diagnosi, in quanto il datore di lavoro non è tenuto a conoscerla. Fa eccezione il caso in cui sia lo stesso paziente a richiedere che la diagnosi sia espressamente indicata sul certificato, perché vuole beneficiare di permessi lavorativi speciali che il datore di lavoro può concedere solo previa conoscenza della diagnosi. In questo caso il medico è legittimato ad indicare le informazioni sulla patologia, proprio perché lo stesso paziente glielo ha richiesto.

Che cos'è il "Certificato Telematico"?

Dal settembre 2011 la normativa ha previsto la trasmissione dei certificati di malattia dei lavoratori dipendenti per via telematica, a cura del medico prescrittore.

In buona sostanza il medico, dotato delle credenziali di accesso al sistema informatico, compila il certificato di malattia sul computer e lo invia all'INPS, evitando così il rilascio cartaceo all'assistito. Il sistema genera un numero di protocollo attribuito al singolo certificato e tramite questo numero, sia il lavoratore che la sua azienda possono prendere visione del certificato emesso.

Quali sono i medici obbligati all'invio telematico del certificato di malattia?

Tutti coloro che visitano un paziente lavoratore e ritengono debba astenersi dal lavoro per una patologia in atto.

Prioritariamente quindi sono i medici dipendenti del SSN (ospedalieri e di distretto) e i medici convenzionati (medici di medicina generale, di continuità assistenziale, di emergenza territoriale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni). Costoro vengono dotati dalla ASL delle credenziali di accesso al sistema e devono obbligatoriamente utilizzare la procedura telematica di certificazione.

I medici che non hanno rapporti con il SSN (ossia i liberi professionisti) devono utilizzare la procedura telematica tramite le credenziali di accesso al portale "Sistema TS" che possono essere rilasciate dall'Ordine dei Medici presso cui sono iscritti.

In definitiva, qualunque medico è messo nelle condizioni di utilizzare la procedura telematica di certificazione.

E se il sistema telematico non funziona?

Nel caso in cui si presentino interruzioni o malfunzionamenti nel sistema informatico, essendo prioritario il dovere assistenziale, è consentito rilasciare il certificato di malattia in forma cartacea, ma è opportuno indicare sul certificato che l'utilizzo del cartaceo è dovuto al temporaneo malfunzionamento del sistema informatico (con data e ora del rilascio).

Ci sono sanzioni per il mancato utilizzo della procedura di certificazione telematica?

I medici dipendenti e convenzionati con il SSN che senza validi motivi non utilizzano la procedura telematica vengono sottoposti dalla ASL a procedimento disciplinare che può concludersi anche con la cessazione del rapporto di lavoro.

Il certificato di malattia telematico riguarda tutti i lavoratori dipendenti?

Il certificato telematico è obbligatorio per tutti i lavoratori del settore privato e per la maggior parte dei lavoratori del settore pubblico.

Più precisamente, sono esclusi dal certificato di malattia telematico (e quindi hanno diritto ad ottenere il certificato cartaceo) i dipendenti pubblici appartenenti alle Forze Armate, ai Corpi militari dello Stato e al Corpo dei Vigili del Fuoco.

Il medico che non può o non vuole fare il certificato telematico, può delegare un collega o rinviare la certificazione al medico di famiglia?

Assolutamente no.

Il certificato di malattia è l'atto conclusivo di una visita medica, per cui solo il medico che ha constatato l'esistenza di una patologia è tenuto a certificare quanto ha constatato, non altri.

Proprio per questo motivo, se ad esempio il paziente viene visitato in ospedale sarà il medico ospedaliero che l'ha visitato ad emettere il certificato di malattia telematico, così come se viene visitato in un ambulatorio della ASL sarà il medico specialista ambulatoriale ad emettere il certificato. Allo stesso modo, se il paziente viene visitato da un medico privato libero professionista, sarà costui a dover rilasciare il certificato di malattia.

Non è corretto, quindi, visitare il paziente e rinviarlo al medico di famiglia o ad altro collega per il rilascio del certificato, anche perché questa situazione esporrebbe il medico certificatore all'accusa di falsa certificazione perché certifica qualcosa che non ha direttamente e personalmente constatato.

Questi principi ovviamente valgono anche per l'eventuale certificato cartaceo.

Considerazioni conclusive

Il medico deve sempre essere consapevole che ogni suo atto, per quanto semplice e apparentemente banale possa essere, è carico di implicazioni giuridiche, amministrative e deontologiche. Quindi deve prestare la massima attenzione ed il massimo scrupolo in ogni momento della propria attività, anche nell'esecuzione di atti spesso banali come la redazione di certificati medici. Che sono molto frequenti e, proprio per questo, è più alto il rischio di disattenzioni o superficialità che però possono avere conseguenze legalmente pesanti.

La telenovela del nuovo ospedale

Prendiamola alla larga: due futurologi, uno americano di origine russa Eugeny Morozov e l'altro israeliano Yuval Noah Harari, hanno scritto di recente che nel 2050, quindi nemmeno molto lontano, Google potrà di fatto sostituire i medici di base. Con tutti i dati biologici e biochimici, che ogni giorno Google ci sottrae ed accumula, gli algoritmi saranno in grado di elaborare l'anamnesi di un qualsiasi cittadino, di qualsiasi latitudine e lingua, e prescrivergli anche le prime cure, fatto salvo poi mandarlo da uno specialista per gli approfondimenti del caso. Ne guadagneranno i servizi sanitari nazionali. Del resto già ora, stando ad una ricerca italiana, oltre il 60 per cento dei cittadini per avere risposte rapide alle loro esigenze e paure consultano la rete, si fanno una auto diagnosi e poi pretendono pure di imporla anche al proprio medico di base.

Ma intanto, in attesa di un servizio sanitario mondiale gestito da algoritmi, i cittadini comuni devono servirsi della medicina offerta dallo Stato e dalle Regioni. E qui cominciano i dolori perché la sanità italiana è un castello che da anni ormai sta perdendo pezzi di mura. In Italia – si legge – mancano 18.500 medici, mancano posti letto (l'Italia ha 3,1 posti letto ogni mille abitanti, la Germania 8 posti letto ogni mille abitanti), da anni i governi si sono distinti tagliando finanziamenti alla sanità.

Ma se Atene piange, Sparta non ride: se in Italia non va bene, in Trentino la situazione non è certo rosea. Fino a qualche anno fa il Trentino, per quanto riguarda la qualità dei servizi sanitari, era al primo posto in Italia. Lo scorso anno è scivolato al quinto. Poi si scopre anche che il Trentino è al quarto posto in Europa per mortalità dovuta al Covid.

Che ci sia qualcosa che non funziona lo si fa presto a verificare e di persona. Telefonate al Centro unico di prenotazione (CUP) e ne avrete le prove. Se chiamate per un chiedere un

appuntamento istituzionale, ovvero con impegnativa del medico di base, innanzitutto dovete prepararvi ad avere i nervi saldi. Quando una voce automatica vi risponderà il più delle volte vi informerà che siete in lista di attesa al numero x o y, generalmente attorno al cento. Aspettare che cento utenti prima di voi siano esauditi significa stare oltre un'ora al telefono. Poi finalmente arriva una gentile signora che vi chiede cosa volete. "Devo eseguire una colonscopia": i tempi medi di attesa oggi sono circa 240 giorni. "Vorrei una visita endocrinologica", il tempo di attesa è di 194 giorni ecc. Se però voi chiudete il telefono, rifate il numero del Cup e chiedete una visita a pagamento la musica cambia: nel giro di due settimane o poco più potete accedere. Di fatto è in atto un travaso dalla medicina pubblica a quella privata. Del resto nel 2018 per le convenzioni con strutture private la Provincia ha speso poco meno di 60 milioni, nel primo semestre di quest'anno la cifra è salita a 72 milioni con un aumento del 20 per cento.

Poi, al di là dei tempi di attesa, ci sono altri problemi che rimbalzano pressoché tutti i giorni sui giornali: difficoltà nei Pronto soccorsi, dimissioni di medici che vanno a lavorare nel privato, difficoltà nel trovare nuovi medici disponibili a venire a lavorare negli ospedali del Trentino. Partendo da questi ed altri dati due consiglieri provinciali del Pd, Luca Zeni e Sara Ferrari, hanno chiesto una svolta radicale nelle politiche sanitarie della Provincia ed il Commissariamento del settore. Va peraltro detto, senza entrare nel merito, che Zeni è stato a suo tempo assessore alla sanità e quindi, forse, una qualche responsabilità nello smantellamento del servizio anche lui ce l'ha. Come ce l'ha l'ex presidente Rossi, che pure fu assessore alla sanità. Forse qualche peccato c'è stato anche da parte loro.

Lo stesso discorso vale per la telenovela del nuovo ospedale di Trento (NOT), del quale si parla da almeno dieci anni. In tutti questi anni la politica, ma anche l'alta dirigenza provinciale, non sono riusciti a portare a termine un bando di gara decente. Esempio è quanto è successo nel 2021 e quest'anno col nuovo bando voluto da Fugatti. Alla gara partecipavano due grosse ditte di calibro nazionale. In un primo momento la commissione

di gara approva il progetto presentato dalla ditta Guerrato. Poi però la Conferenza provinciale dei servizi analizza il progetto, dice che è deficitario rispetto a quanto richiesto nel bando. La ditta, che sulla carta aveva vinto, presenta una serie di modifiche che però non vengono accettate e l'assegnazione alla Guerrato viene annullata. Non siamo in grado di entrare nel merito, però una domanda viene spontanea: come si fa ad approvare un progetto e poi accorgersi che lo stesso presenta un sacco di lacune? Tenendo, tra l'altro presente, che l'approvazione era stata accompagnata in Provincia da valutazioni entusiastiche: "L'offerta risponde in termini molto buoni alle richieste formulate nei documenti di gara e agli obiettivi dell'amministrazione committente sotto i profili dell'organizzazione e della distribuzione funzionale ...la proposta progettuale si presenta molto buona ecc. ecc."

Ribadendo quanto detto sopra, ovvero che nella telenovela del nuovo ospedale ci possono essere anche responsabilità sia di Zeni e Rossi, ex assessori alla sanità, occorre dire, senza pregiudizi, che in questo ultimo passaggio la politica e la burocrazia provinciale non ci fanno proprio una bella figura. Forse Fugatti, perché è lui il vero assessore e non certo Stefania Segnana, qualche valutazione sui suoi dirigenti di fiducia dovrebbe farla e magari per il prossimo bando – perché un nuovo bando comunque ci dovrà essere – appoggiarsi a qualche struttura statale (Anac) o all'Azienda sanitaria. Così tanto per evitare ancora nuove brutte figure.

Ettore Zampiccoli

CASSAZIONE: RESPONSABILE L'ASL SE IL MEDICO A CAUSA DEI TURNI PESANTI VIENE COLPITO DA INFARTO

Medico colpito da infarto: **c'è nesso causale con i turni di lavoro massacranti** e l'Azienda sanitaria viene condannata al risarcimento dei danni. Lo spiega l'avvocata Emanuela Foligno di Responsabile-civile.it, precisando che l'Azienda sanitaria, ove lavorava il Medico colpito da infarto, per non avere supplito alle carenze di organico sottoponendo i sanitari a turni di lavoro massacranti e reperibilità continua, è stata condannata. Ma vediamo i fatti; la **Corte d'Appello di Palermo**, in riforma della decisione resa dal Tribunale di Trapani, a fronte della domanda proposta dal lavoratore per violazione degli obblighi di cui all'art. 2087 c.c., riteneva, diversamente dal primo Giudice e sulla scorta della rinnovata CTU, la domanda meritevole di accoglimento. La seconda CTU ha accertato che i turni massacranti, cui veniva sottoposto il medico colpito da infarto, erano in effetti una concausa efficiente e **determinante dell'evento morbigeno**. In pratica, all'azienda Ospedaliera viene imputato di non avere adottato tutte le misure necessarie a garantire l'integrità fisica del lavoratore e, in particolare, il potenziamento dell'organico di personale assegnato al Presidio onde consentire adeguati turni ai Sanitari.

La Cassazione

La ricorrente lamenta l'incongruità logica e giuridica, tenuto conto della consistenza del bacino d'utenza del presidio ospedaliero cui il Medico colpito da infarto era addetto e della **predisposizione morbigena del medesimo**, del convincimento espresso dalla Corte territoriale in ordine al porsi del trascorso lavorativo del Medico quale concausa efficiente e determinante dell'evento lesivo della sua integrità fisica, sulla base del quale è giunta a ritenere **provati la sussistenza del danno, la nocività dell'ambiente** ed il nesso causale tra le stesse intercorrente. Tuttavia secondo gli Ermellini il giudizio espresso dalla Corte territoriale, in adesione alle conclusioni cui era pervenuto il secondo CTU, teso a riconoscere alle modalità di impiego del Medico la valenza di concausa efficiente e determinante del grave pregiudizio fisico subito dal medesimo medico colpito da infarto, in concorso con il quadro morboso antecedente, è stato valutato come non prevalente rispetto allo stress occupazionale. I Giudici di appello hanno accertato l'effettuazione di **turni di reperibilità in misura di gran lunga superiore a quella prevista** dal CCNL di comparto e la mancata fruizione di riposi settimanali, accertamento di merito non rivisitabile in sede di legittimità. In seguito a ciò, il ricorso viene rigettato.

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:

1. **Analisi della posizione assicurativa** del Medico iscritto all'Ordine (rischi possibili, coperture in essere e valutazione dell'adeguatezza qualitativa ed economica delle stesse);
2. **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 vogliono 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



UN CONSIGLIO D'ORO?

I lingotti svizzeri
ARGOR-HERAEUS
al miglior prezzo.
A Lavis, solo da Obrelli.



SCOPRI I NOSTRI SERVIZI, PRODOTTI E PREZZI SU:

WWW.ORO.OBRELLI.IT

Autorizzato dalla Banca D'Italia, protocollo n. 5007737 - n. 5009402

GIOIELLERIE DAL 1929
OBRELLI
LAVIS · TRENTO

LAVIS (TN) Via Roma, 27/33 | TRENTO Via Mazzini, 6

Tel 0461 24 20 40 | info@obrelli.it

www.obrelli.it | www.oro.obrelli.it

[f](https://www.facebook.com/gioielleria.obrelli) gioielleria.obrelli | [i](https://www.instagram.com/gioielleria_obrelli) gioielleria_obrelli

