BOLLETTINO

02 | 2023

MEDICOTRENTINO

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

Il 3 maggio scorso è stata commemorata in tutta Italia la collega **Barbara Capovani**, uccisa barbaramente da una persona che lei stessa aveva in passato tentato di aiutare. La dottoressa **Wilma Angela Di Napoli**, responsabile del centro mentale salute di Trento, ha scritto a questo proposito: "Ciò che è accaduto, nella sua tragicità, sollecita in noi dolore e turbamento, per la vita così assurdamente cancellata ma anche per i valori che quella vita - sul piano professionale - aveva portato avanti con forza e competenza. Una tale disgrazia ci impone di fermarci a riflettere attentamente e avviare delle concertazioni per approntare proposte concrete, che possano dare reale sostegno a una tutela della salute capace di sostanziare una sfida scientifica (per i professionisti) e culturale (per la società civile)".

A Trento per ricordare il luttuoso evento si è svolto un raduno il 30 maggio alle ore 20, davanti all'ospedale Santa Chiara.

Nelle pagine interne sul tema della pazzia un intervento del dott. Ezio Bincoletto.

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.

SANITÀ IN TRENTINO CONTINUA IL DIBATTITO

LEGGE BASAGLIA C'E' MOLTO DA FARE

FESTEGGIATI I 100 ANNI DEL DOTT. GIOS BERNARDI

@cambiamenti.antiviolenza
IL PRIMO PASSO
DIPENDE DA TE
CENTRO PER UOMINI AUTORI DI VIOLENZA
chiama
379 2106182
PUOI CHIEDERE AIUTO
chiama il numero del Centro per Uomini Autori di Violenza 379 2106182
www.provincia.tn.it
SERVIZIO REALIZZATO CON IL FINANZIAMENTO DEL DIPARTIMENTO PER LE PARI OPPORTUNITÀ PRESSO LA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

SOMMARIO

EDITORIALE

Dialogo aperto tra ospedale e territorio 5

IN PRIMO PIANO

Tak Wah Mak: una speranza nella lotta ai tumori 6

Medicina e psichiatria, i limiti della legge Basaglia 9

Aquila di San Venceslao per Gios Benardi 12

SPECIALE

Organizzazione del Santa Chiara e del Not 14

Sanità trentina, un impegnativo futuro 20

PROFILI

C'è sempre da imparare 24

La demenza non cancella la vita 25

LE NOSTRE NEWS

News dall'Ordine 26

In pensione il dott. De Pretis 28

SANITÀ: NORME, FATTI, EVENTI

Certificazioni di malattia, cosa dice la normativa 30

IL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE

Quadriennio 2021-2024

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

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

REVISORI DEI CONTI:
Marcello Malossini (Presidente), Sandro Zuech, Damiano Berti, Renzo Barbacovi (supplente)

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI:
Stefano Bonora (Presidente), Laura Albertini, Francesca Campagnola, Nicola Furlini, Thomas Zorzi

LE COMMISSIONI DELL'ORDINE:
Commissione Ambiente:
coordinatore Paolo Bortolotti
Commissione Formazione e Aggiornamento:
coordinatore Tommaso Cai, Carla Sperandio
Commissione Giovani:
coordinatrice Francesca Desiderato
Commissione Ricerca e Sviluppo:
coordinatore Giovanni de Pretis
Commissione Salute globale, sviluppo e cooperazione:
coordinatrice Bruna Zeni
Commissione delle medicine non convenzionali:
coordinatrice Maria Claudia Di Geronimo
Commissione Ricerca Storica:
coordinatore Gianni Gentilini
Sportello permanente di ascolto:
tutti i consiglieri e revisori dei conti
Osservatorio per la professione al femminile:
coordinatrice Monica Costantini
Commissione per la medicina di genere:
coordinatore Maurizio Del Greco
Commissione riorganizzazione delle cure primarie:
coordinatrice Monica Costantini
Responsabile digitalizzazione dell'Ordine e sito web:
Damiano Berti

BOLLETTINO MEDICO TRENTINO
NUMERO 02 - GIUGNO 2023

COMITATO DI REDAZIONE:
Consiglio dell'Ordine
Direttore Responsabile: **Marco Ioppi**
Segretario di redazione: **Michele Caliari**
Editore: Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Trento

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

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

STAMPA:
Nuove Arti Grafiche - Trento

Riva del Garda®
Fierecongressi

Innovazione e sostenibilità per i tuoi eventi in Trentino

©APT Garda Dolomiti SpA

Centro Congressi

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

Spiaggia Olivi

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

ITAS Forum

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

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

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

meeting@rivafc.it
www.rivadelgardacongressi.it

info@spiaggiaolivi.com
www.spiaggiaolivi.com

info@itasforumeventi.it
www.itasforumeventi.it

FEDERCONGRESSI&EVENTI
CONVENTION BUREAU ITALIA
ICCA
RINA

Dialogo aperto tra ospedale e territorio

Gentili colleghe e cari colleghi,

è risaputo come **la buona collaborazione e il rispetto tra colleghi siano di aiuto a fornire una migliore assistenza al cittadino e che le possibilità di guarigione dei pazienti aumentino rinforzando i rapporti di conoscenza tra i medici curanti.** Un lavoro pubblicato nel gennaio 2023 sulla rivista Jama Internal Medicine conclude che è più positivo per il paziente se il medico di medicina generale che ha prescritto una visita specialistica conosce lo specialista di riferimento. Lo studio è stato condotto da Maximiliam Pany su 8.655 pazienti, tra il 2016 e il 2019, e dimostra che lo specialista, quando ha uno stretto rapporto con il medico di medicina generale, si impegna inconsciamente al massimo, comunica più semplicemente ed efficacemente con il paziente che gli è stato inviato e offre cure di migliore qualità.

I risultati dello studio suggeriscono che le strategie che incoraggiano la formazione di relazioni paritarie più forti tra i medici portano a miglioramenti significativi nella qualità dell'assistenza ai pazienti.

Il Consiglio dell'Ordine, convinto della validità di queste affermazioni, ha dato inizio, con il 2023, ad un progetto dal titolo **"Dialoghi tra ospedale e territorio"** allo scopo di far incontrare i colleghi del territorio e gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali per favorire la conoscenza interpersonale attraverso la costruzione di canali di comunicazione diretti e in tal modo migliorare la collaborazione.

Conoscersi di persona aiuta a stemperare lo stress lavoro correlato, aumenta il livello di soddisfazione personale e il senso di appartenenza e di conseguenza migliora la qualità del servizio a favore del cittadino.

Gli incontri, organizzati in collaborazione con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari e la Scuola di Formazione in Medicina Generale, non ricalcano il solito schema del classico evento formativo frontale, ma, partendo dalla discussione di casi clinici, si basano sul dialogo interattivo e sul confronto alla pari tra il medico del territorio e lo specialista ospedaliero.

Marco Ioppi
Presidente dell'Ordine

Al termine di ogni incontro segue un piccolo momento conviviale per dare spazio ad ulteriori occasioni di incontro in altro contesto e aprire la conoscenza tra colleghi su elementi diversi, non noti, con nuove prospettive di dialogo e di abbattimento di pregiudizi e limiti.

Questo, oltre a costruire canali comunicativi, permette di **rafforzare l'aspetto comunitario della professione e fare squadra sapendo che la forza del gruppo risiede moltissimo nella diversità dei partecipanti** che, attraverso lo scambio, fanno esperienza anche cognitiva delle specificità degli altri in termini professionali e personali.

I primi incontri hanno avuto un riscontro incoraggiante per l'interesse dimostrato e per i giudizi positivi dei colleghi intervenuti che attraverso un confronto informale hanno contribuito a dar vita a un dialogo teso a promuovere e sostenere la costruzione di conoscenze teoriche e contatti pratici sull'offerta dei servizi specialistici delle strutture ospedaliere verso la medicina del territorio e viceversa utili per affinare l'intesa nel percorso assistenziale del paziente nell'ottica di un corretto utilizzo delle risorse e di appropriatezza delle cure.

Voglio credere che questa iniziativa, alla quale il consiglio dell'Ordine tiene molto, rafforzi in tutti quel valore aggiunto per la nostra Professione che è il corretto rapporto tra colleghi come stabilisce l'art. 58 del Codice di Deontologia Medica: "Il medico impronta il rapporto con i colleghi ai principi di solidarietà e collaborazione e al reciproco rispetto delle competenze tecniche, funzionali ed economiche, nonché delle correlate autonomie e responsabilità".

Vi ringrazio dell'attenzione e auguro a ciascuno di voi di trascorrere una buona estate.

Tak Wah Mak: una speranza nella lotta ai tumori

Consegnato al Teatro Sociale il premio Pezcoller

Con una cerimonia ufficiale al Teatro Sociale di Trento è stato consegnato al prof. Tak Wah Mak il 26° Premio Pezcoller – Aacr alla ricerca oncologica.

Ad accogliere il vincitore, il presidente della Fondazione Pezcoller **Enzo Galligioni** e la presidente dell'Associazione americana di ricerca sul cancro (AACR) **Lisa Coussens**, biologa oncologica di fama internazionale, insieme al presidente del Comitato di selezione **Anton Berns**.

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

«Il prof. Mak – ha affermato il presidente del comitato di selezione **Anton Berns** motivando la scelta – è stato premiato per aver guidato il gruppo che ha clonato la catena beta del recettore delle cellule T umane, un componente chiave della risposta immunitaria, che ha contribuito a stimolare una notevole serie di progressi nella ricerca sull'immunologia del cancro».

«Sono stati fatti molti progressi nella cura di molti tumori, tuttavia, resta ancora molto lavoro da fare» ha ammesso il prof. **Tak W. Mak** nel suo intervento che ha ripercorso i tratti salienti dei passaggi che hanno portato alle sue scoperte.

«Al di là delle infezioni, oggi sappiamo che il sistema immunitario è coinvolto in molte malattie, dall'autoimmunità, alla neurodegenerazione. Per quanto riguarda il cancro, il recettore delle cellule T è il principale sensore del sistema immunitario, la chiave che permette alle cellule immunitarie di identificare e uccidere le cellule tumorali. Sono come i supereroi dei film, come Jason Bourn. Possono entrare in un tumore, trovare il nemico e ucciderlo. Negli organismi normali non ci sono problemi, ma una alterazione di questo sensore, rende l'organismo potenzialmente soggetto a tumori, infezioni o causare malattie autoimmuni.

Dal 2010 l'immunoterapia è diventata il quarto pilastro della terapia contro il cancro, aggiungendosi alla chirurgia, alla radioterapia e alla farmacologia. Ottiene ottimi risultati in alcuni tumori, come il melanoma, i tumori del polmone, della vescica e del rene, mentre in altri, tra cui il cancro della mammella, dell'ovaio e del pancreas i risultati sono ancora insoddisfacenti».

Prof. Tak Wah Mak

Fondazione Pezcoller e AACR, un legame molto stretto

«L'AACR è la prima organizzazione al mondo nata con l'obiettivo di prevenire e curare tutti i tumori, ad oggi sono nostri membri oltre 54.000 scienziati e medici di 131 Paesi. Questo premio rappresenta il più prestigioso di tutti i riconoscimenti scientifici dell'AACR», ha affermato la Ceo dell'Associazione americana di ricerca sul cancro **Margaret Foti**, a cui è collegato il premio da 26 anni.

«Partenariati speciali come quello tra l'AACR e la Fondazione Pezcoller sono sinergici ed essenziali per mantenere lo slancio nella ricerca sul cancro e per assicurare che entrambe le organizzazioni rimangano all'avanguardia nella ricerca», ha chiosato **Lisa Coussens**, presidente dell'Aacr.

I cento anni di Gios Bernardi

Gios Bernardi, che fu tra i fondatori della Fondazione Pezcoller negli anni Ottanta, ha compiuto cento anni nel gennaio di quest'anno. Intervenuto alla cerimonia, egli ha raccontato i difficili momenti degli esordi, nei quali la Fondazione, forte della donazione del prof. Pezcoller e null'altro, doveva conquistarsi la credibilità della comunità scientifica internazionale.

Il presidente della Fondazione Pezcoller **Enzo Galligioni** ha ricordato le molte iniziative per la ricerca messe in campo dalla Fondazione, come premi, borse di studio, convegni – realizzati in proprio o grazie alle donazioni – e le numerose collaborazioni con enti di ricerca, università di Trento, istituzioni, enti economici che consentono di far crescere l'importanza e il prestigio della Fondazione sul territorio e nella comunità scientifica internazionale.

Tra le più recenti, quella con la Mark Foundation, una Fondazione americana sorta nel 2017, che sostiene progetti di ricerca e start up.

La Fondazione ha finanziato anche quest'anno ulteriori sette borse di studio biennali Pezcoller – SIC (Società Italiana di Cancerologia), a cui si aggiungono due Borse triennali di dottorato Larcher/Fogazzaro, in collaborazione con il Fondo Comune delle Casse Rurali trentine. Iniziative che quest'anno impegnano risorse per circa mezzo milione di euro.

Chi è Tak Wah Mak

Nato nel 1945 a Guandong, in Cina, il prof. Tak W. Mak è unanimemente considerato un gigante della ricerca sul cancro. Lauree in biochimica (1967) e biofisica (1969) nel Winsconsin (USA), dottorato di ricerca ad Alberta (Canada), è direttore del Breast Cancer Research Institute a Toronto in Canada.

È professore di biofisica ed immunologia all'Università di Toronto e professore di patologia all'Università di Hong Kong.

Vincitore di molti premi scientifici internazionali, è autore di oltre mille articoli scientifici su prestigiose riviste, l'ultimo a febbraio di quest'anno.

Il prof. Mak ha clonato per primo nel 1984 il gene del Recettore dei Linfociti T, un componente chiave del sistema immunitario.

Egli ha chiarito molti meccanismi di comunicazione, all'interno delle cellule e tra le cellule. Una scoperta che può essere paragonata per importanza all'antenna della televisione, perché ha aperto la strada a tutte le scoperte e le applicazioni dell'immunologia e immunoterapia dei tumori.

L'intervento del presidente Marco Ioppi

Il saluto dell'Ordine alla cerimonia al Sociale è stato portato dal presidente dott. Marco Ioppi. Ecco il suo intervento.

"Porto il saluto dell'Ordine ed esprimo sinceri complimenti al prof. Tak Mak per l'ambito riconoscimento.

Le ricerche del prof. Tak Mak sono importanti dal punto di vista scientifico e culturale per le prospettive che ne sono conseguite e in particolare per aver potuto traslare i risultati dei suoi studi in altri campi della ricerca aprendo la strada a tutte le scoperte e applicazioni della immunologia e immunoterapia dei tumori.

Possiamo affermare che paradossalmente la scienza ha un effetto di amplificazione; un avanzamento in un campo ha la capacità di velocizzare altri studi in settori diversi della ricerca con il risultato di poter ottenere risultati insperati in tempi relativamente brevi. Un esempio recente lo abbiamo avuto con il Covid. Mai avremmo pensato di avere un vaccino in dieci mesi. Eppure, è stato proprio così grazie ai risultati di studi che duravano da anni che sono stati traslati da un campo all'altro della ricerca.

Rendere i tempi della scienza di oggi molto più veloci e il sostenere la ricerca e l'applicazione dei suoi risultati come associazioni e fondazioni, si impegnano di fare e la Fondazione Pezcoller in questo è un mirabile esempio, ci permettono di poter affermare che il futuro che attendiamo è già adesso.

Futuro, concetto prezioso per l'uomo, soprattutto per chi vive in uno stato di malattia seria che toglie la speranza. Il premio Pezcoller al prof Mak vuol significare che il futuro è una sfida che non deve essere considerata persa in partenza, conferma che dobbiamo credere ciecamente nella scienza, nei suoi progressi, nei suoi risultati frutto di giorni, di mesi, di anni di dedizione, studio e sacrificio. Ci dice che la scienza non si ferma, che sulla scienza si deve investire, tutti, supportandola nel migliore dei modi e facendo sì che essa abbia a trovare il rimedio alle malattie.

Ricordiamoci sempre che la medicina sta facendo dei progressi straordinari che hanno potuto cambiare lo scenario terapeutico di tante malattie, di tanti tumori e che è altrettanto doveroso sottolineare che anche nel nostro paese la ricerca oncologica e l'assistenza ai malati oncologici è di primissimo livello. La nostra provincia non è da meno e questo anche per la presenza di un centro di stimolo straordinario come la Fondazione Pezcoller che con le sue attività e il suo premio la mettono in collegamento con i più importanti centri di ricerca del mondo.

Termino con una nota positiva: la ricerca, a differenza del SSN, non soffre della mancanza di personale qualificato e può contare su tanti giovani, ricercatrici e ricercatori straordinari, capaci di stimoli continui che rappresentano una spinta propulsiva inesauribile, una certezza per l'oggi e una garanzia per il domani.

Al prof. Tak Mak che oggi rappresenta anche tutti loro va la nostra gratitudine e tutto il nostro più sincero affetto."

Medicina e psichiatria, i limiti della legge Basaglia

Una riflessione del dott. Ezio Bincoletto

Il 21 aprile scorso Barbara Capovani, psichiatra di Perugia, è stata uccisa a sprangate da un malato di mente, mentre a fine turno usciva dall'ospedale di Pisa. La notizia ha suscitato cordoglio ed ha aperto sulla stampa un dibattito su almeno due versanti: chi protegge i medici (sono frequenti le aggressioni da parte di pazienti o parenti di pazienti), chi protegge i medici psichiatri dai malati di mente.

Su questo tema abbiamo voluto sentire il dott. **Ezio Bincoletto**, noto psichiatra di Trento che per anni ha lavorato e tuttora lavora nel settore e conosce bene le tematiche e le problematiche aperte. Ecco il testo dell'intervista.

Dott. Bincoletto abbiamo letto nelle settimane scorse della psichiatra di Perugia uccisa a sprangate da un suo ex paziente. Un tizio che nell'ambiente era noto per i suoi disturbi, che si faceva chiamare "lo sciamano" e che pubblicava sul suo profilo Facebook messaggi demenziali. Questo, pur ammalato, girava liberamente e quel che vien da chiedersi è se qualche servizio poteva intervenire e magari metterlo, anche forzatamente, in cura.

Anche se qualche servizio avesse potuto intervenire, non avrebbe potuto obbligare una persona, pur chiaramente e gravemente psicopatologica e in tal senso diagnosticata da anni, ad assumere i farmaci ed agli eventuali ricoveri necessari.

Abbiamo letto in una sua dichiarazione ad un giornale locale che l'Italia, quanto a matti che girano liberamente, pare essere uno dei paesi più liberi del mondo. Negli altri paesi casi simili come verrebbero affrontati?

Ricordo che l'Italia è l'unico paese al mondo in cui non esistono strutture psichiatriche di contenimento e cure a lunga scadenza: la cosiddetta riforma Basaglia che aboliva ogni ospedale

psichiatrico ebbe infatti un immediato successo, a mio avviso non solo per l'ideologia buonista che sosteneva, ma più concretamente per l'enorme risparmio che permetteva; ciò rispetto alla legge di riforma Mariotti di pochi anni precedente, che viceversa migliorava gli ospedali psichiatrici sia nella struttura che nel personale, con ovvia grande maggiorazione della spesa pubblica.

Dunque, avveniva la chiusura dei 'cattivi' ospedali psichiatrici e di fatto l'abbandono dei malati psichici gravi a sé e alla famiglia, con l'apertura di reparti ospedalieri di breve degenza: tali reparti erano e sono chiaramente inadatti alle cure continuative per anni in maniera prevalentemente coattiva di cui necessitano i malati psichiatrici più gravi quali gli schizofrenici e i paranoici. Questi, infatti, in regime di libertà, negano la malattia e non assumono i farmaci. Per questo nessuna meraviglia per quello che ha combinato il pazzo che ha ucciso a sprangate la povera psichiatra di Perugia, attendendola con feroce quanto patologica premeditazione e nella convinzione più profonda di fare ciò che doveva assolutamente fare. Non so se altri servizi avrebbero potuto intervenire per impedire all'uomo di uccidere selvaggiamente la sua ex curante, ma non credo che sia possibile a nessun operatore, pubblico o privato, intervenire comunque con l'efficacia richiesta che, in questi casi, non può che prevedere ricoveri e cure coattive a lunga scadenza (anni e non settimane) e quindi luoghi 'di vita' quali possono essere solo quelle strutture psichiatriche, che esistono in tutto il mondo fuorché da noi, e che si chiamano ospedali psichiatrici.

Quindi in Italia non esistono più, dopo la riforma Basaglia, gli ospedali psichiatrici al contrario di altri paesi. Secondo Lei le misure di cura e custodia introdotte a seguito della legge Basaglia sono sufficienti per garantire la salute del malato e la sicurezza di chi gli sta intorno?

In tutti gli altri paesi del mondo, dunque, gli ospedali psichiatrici esistono, anche con diverse, più o meno accurate organizzazioni, sia sul piano logistico, sia su quello della competenza professionale, ma sempre con attenzione alla pericolosità, per sé e per gli altri, delle persone malate.

Ribadisco che la misura del ricovero temporaneo nei reparti ospedalieri è inadatta e del tutto insufficiente per le patologie psichiatriche di rilievo personale e sociale. Le nostre misure ancora 'basagliane' sono del tutto fuori luogo rispetto alle reali esigenze delle patologie mentali di rilievo. Rilevo che tali gravi patologie sono frequenti da sempre e sempre lo saranno come in qualunque società recente e passata; richiedono coattività generale, con interventi specialistici competenti e vari, luogo di residenza in cui sia possibile offrire loro attività ricreativo-costruttive di quanto non ancora realizzato nella loro esistenza personale, soprattutto per la parte emozionale. Come con dei bambini mai cresciuti.

Quindi sarebbe opportuno un ripensamento delle modalità di cura, che superino i limiti dimostrati dalla riforma Basaglia?

Come con dei bambini mai cresciuti e che hanno sviluppato una fortissima resistenza interna a modificare i propri atteggiamenti, confusi o lucidamente errati, che hanno mantenuto per anni.

Perciò la necessità ad avviso non solo mio ma di moltissimi colleghi di modificare drasticamente l'attuale organizzazione di assistenza psichiatrica, verso i modelli internazionali più comuni ed efficaci, che prevedono in ogni caso coattività e luoghi di lunga degenza. Solo ciò può permettere il recupero dell'equilibrio e dell'umanità dei malati, compromessi gravemente dal lungo ritardo esistenziale accumulato con la patologia.

Chi è il dott. Bincoletto

Laurea con lode in medicina e chirurgia a Padova il 9 novembre 1972 e relativa abilitazione. Iscritto all'Ordine dei Medici di Venezia e successivamente a quello di Trento. Dal 1972 al 1974 Medico Interno ed Esercitatore Universitario presso la Clinica Delle Malattie Nervose e Mentali dell'Università di Padova, svolgendo seminari ed esami agli studenti del corso di Psicologia

Medica della Facoltà di Medicina. Medico militare dell'Aeronautica nel 1974 con incarico prima di Ufficiale medico addetto, poi di Dirigente del Servizio sanitario presso il primo ROC di Monte Venda (PD). Nel 75-76 Esercitatore presso la cattedra di Neuropsichiatria Infantile della Facoltà di Psicologia di Padova. Nel 1976 Specializzazione in Psichiatria a Padova.

Dall'ottobre 1974 ha svolto attività continuativa di Neuropsichiatra Infantile presso il Servizio Sanitario Pubblico nel ruolo di assistente e, dal 1976, di aiuto primario fino a dimissioni volontarie avvenute alla fine del 1991.

Responsabile dell'Area di Neuropsichiatria Infantile del Servizio di Trento dal 1982 e, fino al 1991, consulente della Provincia Autonoma di Trento per la stessa Area.

Dal 1992 esercita attività medico psichiatrica, neuropsichiatrica dell'infanzia e dell'adolescenza e psicoterapica (iscritto all'albo trentino degli psicoterapeuti, indirizzo psicodinamico e campo di applicazione età adulta ed età evolutiva) presso lo Studio Medico di Psichiatria e Psicoterapia di Via Barbacovi 40 a Trento.

Dal 2016 al 2019 è stato responsabile della psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza dell'Azienda Sanitaria di Brunico; di seguito attività analoga presso il reparto di NPI dell'Ospedale di Bressanone fino a febbraio 2021, collaborando con la pediatria quale referente clinico per anoressie e altri DCA.

Dal 1976 al 1983 percorso formativo presso la Società Psicoanalitica Italiana di Bologna. Dal 1980 ha svolto attività di informazione, formazione e supervisione per operatori sociosanitari e attività di informazione e formazione sulle problematiche adolescenziali per studenti, insegnanti e genitori di scuole Superiori e Medie.

Ideatore del Progetto Telemaco (di prevenzione del disagio adolescenziale), dal 1992 ne ha condotto la prima applicazione a Trento e in altre sei città della provincia di Trento. Dal 1996 al 2001 è stato membro (per il Trentino) del Direttivo Triveneto della SINPI (Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile). Nel 1999 ha condotto a Trento, presso la sede dell'Ordine dei Medici un corso per medici di base sulla psicopatologia dell'adolescenza. Nel 2008 e nel 2009 ha collaborato con il comune di Bologna per redazione di articoli scientifici sulle problematiche adolescenziali. Nel 2010 direttore scientifico e relatore del convegno 'Il paziente psichiatrico grave: aspetti deontologici e medico legali della presa in carico', organizzato dal 'Gruppo di studio medici legali e psichiatri forensi della Provincia di Trento'.

Nel 2011 relatore al convegno 'Il contenimento in psichiatria: valenze terapeutiche ed aspetti medico legali'. Nel 2012 docente agli eventi formativi per gli operatori della Sanità tenuti a Trento dal Progetto Salute S.R.L. Ha al suo attivo una cinquantina di pubblicazioni scientifiche.

Nel 2020 ha pubblicato presso la casa editrice Leucotea di Sanremo il libro 'Nel paese senza matti'.

Dal 1980 effettua continuativamente attività di Perito e di Ctu per i Tribunali di Trento, Rovereto, Bolzano e per il Tribunale per i Minorenni di Trento (ha realizzato un totale oltre 400 prestazioni di ufficio e non meno di 1000 private).

Ezio Bincoletto

Aquila di San Venceslao per Gios Benardi

In occasione dei suoi 100 anni

l Presidente del Consiglio provinciale **Walter Kaswalder** ha consegnato la massima onorificenza del Consiglio, l'Aquila di San Venceslao, - opera di Othmar Winkler - a **Gios Bernardi**, 100 anni compiuti il primo gennaio scorso, personaggio eclettico, grande medico, ottimo artista e fotografo, vivace testimone della storia e della cultura trentina e tuttora brillante pensatore, capace di spunti intensi e mai banali. Nel corso della cerimonia sia il presidente del Consiglio Kaswalder che il presidente dell'Ordine, dott. **Marco Ioppi**, hanno tratteggiato la figura ed il grande lavoro professionale svolti dal prof. Bernardi.

Figura professionale straordinaria ed esempio per tutti noi – ha detto Kaswalder – che si è commosso alla consegna del premio dicendo tra l'altro: "Mi sembra un po' di riconoscere all'intera categoria dei medici 'di una volta' e il mio stesso padre anch'egli medico, classe 1921, già amico e collega di Bernardi."

Il momento della consegna dell'Aquila al dott. Bernardi

E la medicina "come si faceva una volta" è stata richiamata anche dal fraterno amico di Bernardi, Marco Ioppi, presidente dell'Ordine dei Medici che, nell'illustrare gli innumerevoli insegnamenti per i quali si dovrebbe essere grati al collega Gios, ha evidenziato in particolare la costante capacità di aggiornamento e l'empatia, "quell'umanizzazione del rapporto con il paziente che non va mai dimenticata, perché componente essenziale della cura". Ioppi ha ricordato che il cittadino, accanto a quello alla salute, ha il "diritto alla gentilezza" e questo è un "bagaglio" che noi medici dobbiamo sempre portare con noi", ha concluso.

Molto toccato da questo importante riconoscimento ha risposto Bernardi "forse immeritato perché ho avuto molti anni a disposizione e 100 anni mi hanno permesso di battere tanti marciapiedi" ha detto ironicamente. Gios Bernardi ha ringraziato il Presidente Kaswalder e ha rivolto al collega Ioppi e alla categoria medica un pensiero di vicinanza per il lavoro faticoso e instancabile di questi ultimi anni di pandemia, ricordando in modo particolare la gravissima perdita per Covid della collega Gaetana Trimarchi. La medicina, ha osservato, talvolta angosciante e terribile, è tuttavia una delle professioni più affascinanti. Bernardi ha richiamato le difficoltà dell'aggiornamento continuo per stare al passo con gli strabilianti progressi della scienza medica, l'utilità dell'informatizzazione, le travolgenti incombenze burocratiche e il rischio di sminuire l'aspetto umano del lavoro. "L'empatia, ovvero la capacità del medico di porsi nei panni del paziente è sempre stata una mia fissa", ha confermato, sottolineando la doverosa attenzione che un medico deve prestare sempre, oltre che a quelli clinici, anche ai risvolti psicologici di chi si affida alle sue cure. Ancora, Bernardi ha dichiarato il proprio interesse verso l'approccio di salute globale proposto da One Health, che presenta al mondo un modello sanitario che comprende la salute dell'uomo, degli animali e insieme dell'ambiente, "una prospettiva forse un po' utopica" ha commentato, "ma da perseguire con impegno, perché rappresenta l'unica credibile speranza per le generazioni future". Infine, una nota di ottimismo deriva a suo avviso dall'osservazione della schiacciante prevalenza di donne tra i neo laureati in medicina: le donne hanno una sensibilità speciale che mi fa ben sperare nel futuro della professione, ha concluso.

Organizzazione del Santa Chiara e del Not

Aggiustamenti, Revisioni, Modifiche, Cambiamenti, non Rivoluzioni. Un intervento del dott. Giuseppe Vergara

Nel precedente numero del Bollettino dell'Ordine abbiamo ospitato un documento, redatto da un gruppo di medici, che analizza lo "status" della sanità trentina con riferimento specifico alla situazione dell'ospedale di Santa Chiara ed alle prospettive del Not (nuovo ospedale di Trento). Il documento ha sollevato notevole interesse. A questo proposito sono significativi due interventi, che qui riportiamo: quello del dott. Giuseppe Vergara, e quello del dott. Claudio Buriani. Ecco quanto scrive il dott. Vergara.

Che un gruppo di Medici, sotto l'egida dell'Ordine, si sia posto il problema di come non far implodere il S. Chiara, da anni sottoposto a continue (per quanto ben fatte) modifiche strutturali in attesa del NOT (i cui tempi di realizzazione, è ormai del tutto evidente, si allungano a dismisura), è apprezzabile e lodevole.

Giuseppe Vergara

Il documento elaborato *(Nuovo Ospedale di Trento: una riflessione sul futuro, Bollettino n.1/2023)* è importante per la attenta e puntuale analisi dei mali che affliggono il S. Chiara (e in prospettiva il NOT) e per i rimedi proposti. Devo dire che mi riconosco sia nella analisi sia, sostanzialmente, nei rimedi proposti, ma con una riserva. Detto tra medici: sono d'accordo sulla diagnosi ed anche sulla terapia, ma non sul farmaco da somministrare per raggiungere i risultati terapeutici, tanto più che del farmaco non viene specificata la dose, anzi traspare qua e là, nel documento, la propensione a somministrare la dose piena che, a mio parere, è molto vicina alla dose letale. Fuor di metafora, tra le due possibili vie da percorrere, la continua e graduale implementazione delle necessarie modifiche organizzative (in parte e pur tra tante difficoltà già in atto) e la trasformazione radicale della organizzazione, il documento sposa, convintamente e con decisione, la seconda via, la riorganizzazione per intensità di cura ed assistenza, una "rivoluzione copernicana" (cito dal documento) che si pone in "rottura" con la organizzazione attuale dell'ospedale. Convinto che non sia necessario "rompere" con la attuale organizzazione per ottenere i risultati auspicati nel documento e che il modello per intensità di cure ed assistenza, applicato alla organizzazione di un ospedale, porti all'ospedale-bancomat (in cui si va per prendere una prestazione/procedura e non per essere "curati") e al depauperamento delle professioni sanitarie, medica ed infermieristica, con danno ultimo per il paziente, ritengo utile e necessario aprire un dibattito sul modello per intensità di cura ed assistenza in ospedale e, conseguentemente, sul documento elaborato della task force dell'Ordine nella parte in cui esso "sposa" con decisione questo modello. Il mio è un contributo non da esperto di economia sanitaria, ovviamente, ma dalla prospettiva di un medico ospedaliero con una quarantennale esperienza nei due maggiori ospedali del Trentino che, in pensione dal SSP, continua a seguirne le vicende da spettatore "interessato". La complessità della problematica mi induce a partire da una breve descrizione del modello, non sufficientemente illustrato nel documento.

Il modello per intensità di cure ed assistenza in ospedale

Questo modello cancella la tradizionale organizzazione ospedaliera per Unità Operative basata sulla disciplina per sostituirla con un'organizzazione per aree omogenee di complessità clinico-assistenziale: alta o media intensità (il livello a bassa intensità, come opportunamente previsto anche nel documento, deve essere prerogativa del territorio inteso nel senso più ampio e comprensivo di strutture per le cure intermedie, case di cura convenzionate, RSA e quant'altro). Seguiamo un paziente che entra in un ospedale ad intensità di cura. All'arrivo in PS viene sottoposto ad un triage rafforzato volto a valutare, con strumenti standardizzati, condivisi e validati, la instabilità clinica, la complessità diagnostico-terapeutica e la complessità assistenziale. Dopo questa valutazione il paziente viene ricoverato nell'area di intensità (alta o media) congrua ai suoi bisogni clinico-assistenziali ed affidato ad un medico tutor al fine di garantirgli, queste le intenzioni, un servizio migliore efficientando le risorse, evitando gli sprechi con un flusso continuo di attività erogate al paziente "giusto", al momento "giusto", nel posto "giusto" e con "giusta" durata di permanenza nella fascia di intensità congrua ai suoi bisogni e in ospedale. È la filosofia del "lean thinking" (il pensiero snello) elaborata in ambito industriale per garantire, tempestivamente e al giusto prezzo, il prodotto e i servizi che il cliente vuole, evitando gli sprechi, ottimizzando le linee di produzione creando un flusso continuo delle attività produttive con costante attenzione a non ingolfare il magazzino di prodotti invenduti. Pur non essendosi coperto di gloria in ambito industriale, il "pensiero snello" è approdato in sanità senza considerare la complessità del prodotto salute e dei "valori" su cui si giudica, a seconda dei diversi punti di vista, una prestazione medico assistenziale rispetto alla relativa semplicità di un prodotto industriale e dei valori su cui esso viene valutato. Figure chiave del modello sono: il medico tutor (che stende il piano clinico, è responsabile del percorso e della attuazione, si interfaccia con il medico di medicina generale ed è il referente del paziente e della sua famiglia), l'infermiere referente (responsabile dell'assistenza e dei

risultati del progetto assistenziale), il team infermieristico (composto da "semplici" erogatori delle prestazioni assistenziali), gli specialisti (che erogano la prestazione richiesta ai pazienti "ovunque essi siano"). Oltre alla scomparsa dei reparti specialistici, intrinseci al modello sono: un nuovo paradigma del concetto di cura molto tecnologico, la frammentazione della attività di diagnosi e cura, il ridimensionamento della figura primariale (non escludo che qualche "opinion leader" nel campo del management sanitario, ne preveda la scomparsa), l'offuscamento del ruolo del medico "ridotto" a semplice erogatore di prestazioni/procedure, la separazione netta (troppo) tra diagnosi-cura (in capo al medico) ed assistenza (in carico all'infermiere), l'assegnazione del personale sanitario ad "unità paziente" con addestramento multidisciplinare (e non più "tradizionale" legato alla specialità) al fine di creare un team totipotente, intercambiabile e quindi adattabile alle varie esigenze del paziente (o della organizzazione?), la separazione netta tra la componente clinico-operativa e le piattaforme produttive (per intenderci: ambulatori, apparecchiature, reparti, sale operatorie, laboratori specialistici, ecc.).

I risultati del modello: i documenti sullo stato dell'arte, il passa-parola, le pubblicazioni

La regione Toscana ha fatto da convinto apripista in Italia nella implementazione del modello per intensità di cura, con la legge n. 40 del 2005 che stabilisce, tra l'altro, la *"strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza e il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica".* In marzo 2020, a 15 anni dalla adozione del modello "ope legis" e a oltre 10 dalla sua implementazione, la ARS (Agenzia Regionale di Sanità) Toscana ha pubblicato un documento dal titolo "Diffusione dei modelli organizzativi per Intensità di Cure negli ospedali toscani" che riporta i risultati di una survey basata sulla somministrazione di un molto articolato questionario. Il documento descrive un tasso di implementazione a macchia di leopardo, variabile a seconda della dimensione dell'ospedale e dei vari items che compongono il puzzle del modello per intensità di cure. Gli indici di efficacia ed efficienza segnano un miglioramento, ma "non mostrano di essere particolarmente influenzati dal grado d'implementazione dell'organizzazione per intensità di cura" (mi chiedo: il bicchiere è mezzo pieno o mezzo vuoto?). Mancano dati e giudizi sui risultati più propriamente "clinici" (d'altra parte non era questo lo scopo del documento). Tra i punti di debolezza viene segnalata "la resistenza al cambiamento del personale" e tra i rischi "la tenuta economica". Il passa parola, cioè il giudizio degli operatori sul campo, non ha valenza scientifica, ma, è molto importante, se non altro, perché, per unanime ammissione, il modello per intensità di cure e assistenza non può funzionare senza l'impegno convinto e determinato degli operatori sanitari. Le informazioni da me assunte da colleghi medici ospedalieri operanti in Toscana, non sono in contrasto con quanto emerge dal documento della ARS Toscana, ma se ne discostano per intensità e toni: in Toscana il modello a livello ospedaliero, pur imposto "ope legis", non ha attecchito, nella sua interezza, se non in qualche realtà e la filosofia di fondo del modello rimane ancora per alcune progettualità, ma non ha intaccato sostanzialmente l'organizzazione ospedaliera. L'esperienza di alcuni colleghi che hanno direttamente sperimentato il modello è caratterizzata da "sgomento". Sostanzialmente dello stesso tenore è il giudizio di qualche collega operante in Emilia Romagna, almeno per quel che riguarda i grandi ospedali bolognesi. Il bias che si tratta di medici impegnati sul campo e non di amministratori / politici / manager è innegabile quanto ininfluente dato che sto "criticando" un documento fatto

da medici per l'Ordine dei Medici e, d'altra parte, anche il documento della ARS Toscana, redatto su dati provenienti dalle Direzioni generali, segnala, tra i punti di debolezza, "la resistenza al cambiamento del personale". Alzando lo sguardo a quanto riportato in letteratura, almeno fino a qualche anno addietro (confesso di non aver aggiornato la mia ricerca bibliografica negli ultimi anni), si riscontra come gli studi di management sanitario siano abitualmente basati su ottimi "racconti" (con scarsa o assente analisi statistica, assenza di gruppo di controllo, scarsa enfasi agli effetti indesiderati, scarsa o assente analisi i fattori confondenti, ecc.) con una profonda differenza culturale con gli studi clinici (randomizzazione, analisi statistiche, esame dei fattori confondenti, gruppi di controllo, analisi e discussione degli effetti indesiderati, ecc.). Ne deriva la deformazione mentale, comune nella classe medica, per cui, mentre la adozione di nuove pratiche cliniche è "evidence based", si basa cioè sulla evidenza derivante di studi randomizzati, controllati e presentati alla comunità medica con pubblicazione su riviste "peer reviewed", la accettazione delle strategie di management sanitario, compresa la organizzazione per intensità di cure ed assistenza, si basa su buoni "racconti" e sulle storie di successo di "campioni" (ad esempio Johns Hopkins in USA, Oxford Radcliffe in UK, raro frutto di profonda maturazione culturale e del supporto di istituti dedicati), quando non è frutto di supina acquiescenza alle tendenze del management sanitario. Non so se negli ultimi anni sull'argomento siano comparsi in letteratura studi non dico randomizzati (capisco la difficoltà della randomizzazione in tema di studi sul modello organizzativo di un intero ospedale), ma che rispettino almeno le altre caratteristiche degli studi clinici e con end-point non solo di tipo "manageriale". Se, come probabile, nulla di metodologicamente nuovo è comparso in letteratura, è lecito chiedersi perché mai la comunità medica, intrinsecamente permeata della cultura della" evidence based", non dovrebbe pretendere lo stesso metro di giudizio quando si vuole stravolgere, (di questo si tratta, non di un semplice cambiamento) la organizzazione della propria attività.

Il modello per intensità e le professioni sanitarie

Le considerazioni fin qui fatte servono per offrire un quadro generale, pur incompleto, dello stato dell'arte del modello per intensità di cure, ma non sono (e potrebbero essere) determinanti per stimolare una profonda riflessione sul modello per intensità di cura come mezzo per risolvere i problemi del S. Chiara (ed in prospettiva del NOT). In questa sede però la mia critica di medico ad un documento fatto da medici sotto l'egida dell'Ordine dei Medici, vuole richiamare l'attenzione sulle conseguenze che il modello ha sulla

nostra professione che l'Ordine deve tutelare nell'interesse della comunità. Il modello prospetta e promuove un nuovo paradigma del concetto di cura molto tecnologico ed infrange così quel bilanciamento tra tecnologia e rapporto umano su cui si basa la nostra professione. Il giusto e sacrosanto innalzamento del tasso di tecnologia nella nostra professione non deve ridurre lo spazio per il rapporto empatico tra noi ed il paziente. La nostra professione deve essere "high tech", ma anche ed in pari misura, "high touch" ed il modello per intensità di cure è, nella mia opinione, la negazione di questo bilanciamento. Ed ancora: la frammentazione della attività di diagnosi e cura riduce la ricchezza della nostra professione a pezzi di puzzle giudicati per il tempo speso, le risorse impiegate ed in base ad un canone di qualità variabile in rapporto alla prospettiva ed all'interesse di chi giudica (paziente, medico, cittadini, direttore generale, responsabili politici, ecc.). Cosa resta di una professione nata per curare e dare conforto? Questa analisi critica non sarebbe completa senza un warning sulle conseguenze sul ruolo degli infermieri, nostri compagni e alleati nel tenere a braccetto, gli uni da un lato gli altri dall'altro, il paziente, da tutti i modelli posto al centro del sistema (anche dall'intensità di cure che, in effetti, a mio parere, pone al centro la organizzazione). Il ruolo dell'infermiere, sganciato da quello del medico (data la separazione netta tra diagnosi/cura ed assistenza) può sembrare più "valorizzato" rispetto all'attuale modello. In effetti accanto (o sotto?) all'infermiere di riferimento (il solo che ha rapporto con il medico), gli infermieri sono "collocati "in gruppi con addestramento multidisciplinare e quindi adattabili alle varie esigenze della organizzazione (e non del paziente come invece viene prospettato). L'infermiere non potrà più aspirare ad una specializzazione e la sua attività professionale, oscillante tra standardizzazione del lavoro in atti semplici e ripetitivi e attività che richiedono maggiore pianificazione e responsabilità, diventa motivo di frustrazione e demotivazione o di ansia (una survey di qualche anno addietro su 36.000 infermieri in 700 ospedali che hanno adottato la strategia dell'intensità di cura, di 5 paesi occidentali riporta un 40% tra disaffezione e burn-out). Né c'è da sperare, come auspicato nel documento, in un aumento degli organici essendo la "ottimizzazione ed il contenimento" delle risorse (anche umane) uno degli scopi che il modello si prefigge.

Osservazioni conclusive

I problemi che affliggono la assistenza ospedaliera in Italia vengono da lontano (blocco del turn over, disinvestimenti, assenza di una vera riforma della medicina territoriale, ecc.). Il S. Chiara, principale ospedale del Trentino, ne soffre ancora di più essendosi trovato tra due fuochi: da una parte il necessario adeguamento alle crescenti esigenze (nuovi reparti, nuove tecnologie, nuove procedure, nuovo concetto del comfort alberghiero in ospedale) e dall'altra il freno rappresentato dalla prospettiva del NOT sempre più vicino (ricordo le promesse dell'assessore in carica all'epoca del primo stop del Consiglio di Stato più di un decennio addietro) e sempre più lontano nella realtà dei fatti. In questo contesto mi pare ingeneroso attribuire alla organizzazione "tradizionale" basata sui reparti specialistici la responsabilità dei problemi, che sono veri, indiscutibili e magistralmente analizzati nel documento. Certamente l'attuale organizzazione "tradizionale" ha bisogno di qualche aggiustamento, di una revisione, ma non della "rivoluzione copernicana" della organizzazione per intensità di cure ed assistenza. Tanto più che l'obiettivo di decongestionare il S. Chiara con il rafforzamento del filtro in entrata e l'allargamento della conduttanza del flusso in uscita è uno degli obiettivi della riorganizzazione della medicina territoriale (nuove competenze del MMG, teleconsulto, case della salute, ospedale di comunità e quant'altro) e non è buona regola "rivo-

luzionarne" la organizzazione senza attendere i risultati della riforma in atto prevista dal PNRR e da completare entro il 2026. Intanto si può procedere sulla strada già intrapresa ampliando l'offerta di posti letto di cure intermedie (sull'esempio riportato nel documento della APSP de Tschiderer o dell'ospedale di Mezzolombardo durante la pandemia) e coinvolgendo in modo strutturale le Case di Cura private convenzionate per i pazienti subacuti. La organizzazione per intensità di cure nella organizzazione sanitaria generale, semplificando: pazienti acuti e/o complessi in ospedale, gli altri sul territorio adeguatamente attrezzato, è un modello razionale, da perseguire e perfezionare. Altra cosa è il modello per intensità di cure ed assistenza all'interno dell'ospedale: un modello che, contrariamente a quanto dichiarato, pone al centro la organizzazione (e non il paziente), mortifica la nostra professione con il medico vincolato a "regole di ingaggio" (evoca scenari militareschi questo termine) e ridotto a mero erogatore di prestazioni/procedure, frammenta e svilisce il processo di diagnosi e cura, non risolve i problemi e potenzialmente li esaspera, lascia irrisolti problemi di valenza medico legale sulla responsabilità del percorso che oggi, nella attuale organizzazione, è chiaramente in capo al "primario" del reparto di assegnazione, figura evanescente nel modello per intensità di cure. Ciò non vuol dire che qualche istanza del modello per intensità di cure (una piccola dose, per riprendere la metafora dell'inizio) non possa essere iniettata nell'attuale modello: penso ad una migliore integrazione tra specialisti, alla condivisione di alcune "piattaforme produttive" (sale operatorie, ambulatori, apparecchiature tecnologiche, ecc.), a una gestione meno rigida del posto letto con la figura del "bed manager". Ma la gestione diagnostica e clinica del paziente deve rimanere alla Unità Operativa, responsabile della cartella clinica e della SDO, documento a valenza statistica ma anche giuridico-amministrativa, testimonianza della presa in carico del paziente anche in caso di percorso diagnostico terapeutico plurispecialistico.

Insomma, pensiamoci due volte prima di smantellare i reparti ospedalieri divenuti oggi, nella definizione di Ivan Cavicchi (2014): "sistemi complessi dove etica, relazioni umane e professionali, tecnica, scienza, economia, organizzazione si mischiano per raggiungere faticosamente un equilibrio che va presidiato e mantenuto quotidianamente con un impegno costante" e, aggiungo, senza intempestive e pericolose fughe in avanti.

L'ospedale S. Chiara di Trento

Sanità trentina, un impegnativo futuro

L'intervento del dott. Buriani

Claudio Buriani

Nel recente articolo pubblicato sul Bollettino medico trentino (01/2023), *"Nuovo ospedale di Trento: una riflessione sul futuro",* alcuni colleghi hanno sviluppato, oltre ad alcune idee generali di impostazione della Sanità, aspetti più prosaici quali soluzioni organizzative auspicabili nella nuova struttura ospedaliera e suggerimenti per risolvere problemi cogenti. Tutte positive le riflessioni, inutile riportarle tanto indiscutibilmente valide. Tra gli indirizzi di ordine generale rappresentati nell'articolo: ruolo dell'epidemiologia, ospedale "unicum", modello per intensità di cure, cittadino malato al centro del sistema, modello "hub and spoke", prima richiamato ed enfatizzato (articolo Bollettino 03/2019), ora sostituito dalla Provincia nel modello dell'ospedale "policentrico". Tutto ineccepibile, ma a valle di tali principi il cuore delle nostre vicissitudini è altro: la gravemente ritardata realizzazione del nuovo ospedale di Trento e la attuale limitatezza degli spazi, sia gestionali che di comfort dei pazienti, e la carenza di medici, sia specialisti che di famiglia, con annessa difficoltà di arruolamento. Più rischioso ed impegnativo concentrarsi pertanto su possibili iniziative che possano attutire, se non risolvere, i problemi oggettivi che attanagliano la nostra realtà sanitaria. Il primo punto (il ritardo del Not) è evidente: grave la difficoltà in cui versa il nosocomio trentino,

vieppiù in previsione degli impegni universitari. È tuttavia inutile demonizzare tale situazione, anche in considerazione del fatto che iniziative oltre la normale e straordinaria manutenzione non sembrano oggettivamente realizzabili. Dovremo convivere con i problemi esistenti sfruttando i pochi margini di manovra sul campo. Il supporto, già esistente, da parte delle case di cura cittadine può essere aumentato? Ma è lecito chiedersi se possiamo permetterci, qualora si aumentino nelle case di cura i ricoveri per accelerare le dimissioni dal Santa Chiara, la riduzione dei ricoveri specialistici che le case di cura garantiscono e la cui interruzione avrebbe conseguenze sui tempi di attesa di alcune patologie (vedasi ad esempio la ortopedia). La ipotesi, sussurrata più che palesemente presentata nell'articolo citato, di collocare in una sede fuori del Santa Chiara l'area ostetrico-pediatrica francamente appare pericolosa, sicuramente di difficile gestione, irrazionale nell'uso delle risorse (vedasi sinergie degli anestesisti). Poi, dove collocare un'area clinica così impegnativa in città? Non pare vi siano strutture adatte per tale inserimento ed eventuali tempi di realizzazione sarebbero lunghi.

Per dare un po' di respiro al Santa Chiara si può operare all'interno dell'ospedale in termini funzionali, puntando alla migliore efficienza gestionale: grande opera di selezione del pronto soccorso e rapidità di diagnosi/terapia (in primis efficiente sistema diagnostico) con massima rapidità di dimissione. Sempreché vi siano margini di miglioramento, ma di regola vi sono. Il pensionamento di una parte del core del personale medico esperto qualche difficoltà può causarla! Se, come prevedibile, vi fossero difficoltà operative, si impone una scelta strategica di fondo tra Santa Chiara e case di cura, operativamente più snelle: ad esempio al Santa Chiara maggiore operatività nei ricoveri per acuti ed ai privati convenzionati buona parte della specialistica ambulatoriale (in parte è già così).

Un sollievo all'assalto ospedaliero potrebbe venire da un ampliamento del raggio di azione del Territorio (se non trovi soluzioni nel problema specifico, allarga il campo delle ipotesi di intervento): rapido approntamento di strutture intermedie (termine globale, ma ci riferiamo ad ospedali di comunità bene organizzati che possano alleggerire il Santa Chiara) ed attivazione delle strutture territoriali "case di comunità", che rappresentano la attesa innovazione su cui si punta per il rinforzo del territorio, auspicando di evitare che tale innovazione rappresenti l'atteso Godot della Sanità nazionale.

—Il mondo Mezzacorona e Rotari

TRENTINO

Visite guidate con degustazione

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

Visitate il nostro Wine Shop

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

MEZZACORONA 1904

ROTARI TRENTODOC

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

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

Anche in questo caso occorrono strutture, ma ben più facili da attivare, di dimensioni abbordabili, operative h.24, attrezzate per un supporto diagnostico di base, nuova risorsa che potenzialmente alleggerisca il lavoro ospedaliero, consentendo ove possibili dimissioni più precoci e gestione sul territorio delle casistiche meno complesse. L'utilizzo di alcune Rsa potrebbe aiutare, ma certo anche i letti delle Rsa sono ampiamente richiesti e contesi, soprattutto in città. Comunque una scelta va fatta. Poi, a chi affidiamo tali nuove strutture? Il decreto 77 fa riferimento ai medici di famiglia che in qualche modo dovranno garantire parte del loro tempo di lavoro a questi ambiti organizzati: un problema aperto.

Auspicabile sarebbe un maggiore coinvolgimento dei Mmg e dei medici delle Rsa con le equipe ospedaliere, una sinergia da studiare ma potenzialmente positiva, sia in termini di velocizzazione delle dimissioni complesse, sia per garantire in senso lato il positivo rafforzamento del territorio: lo strumento operativo prospettato è il Dipartimento Transmurale Anziani e Longevità (cito la terminologia usata), snodo di collegamento tra le due aree della assistenza.

Difficile ipotizzare interventi strutturali, ragionevole puntare su iniziative funzionali, realizzabili teoricamente in tempi brevi e orientate al miglioramento della efficienza della macchina sanitaria. Auspicabile si fermi la emorragia delle uscite dei medici dal servizio pubblico, ma le previsioni dei pensionamenti sono preoccupanti, e qualche nuova risorsa venga dall'arruolamento: indubbiamente un vasto programma, saranno anni duri. Fortunatamente parte dei pensionati sono confluiti nel settore convenzionato e tale soluzione è certamente, in questa fase, positiva. Precisiamo comunque che il modello organizzativo ospedaliero per intensità di cure ed altre iniziative funzionali, da cui ci si aspetta vantaggi in termini di efficienza gestionale, sono collegate ai modelli di lavoro e teoricamente realizzabili in tempi brevi, evitando di ripetere l'agonia della riorganizzazione prospettata dall'assessore Zeni ed affidata al dg Bordon: che fosse buona o cattiva, non è decollata ed ha creato diffusa confusione organizzativa. Molto ci si aspetta e grandi sono le potenzialità della telemedicina, che per essere efficace dovrebbe essere strutturata in modo da dare risposte immediate ai quesiti posti, non attività di risulta gestita in maniera saltuaria.

Auspicabile in termini generali è un modello organizzativo semplice, con chiare linee di responsabilità e comando: il tutto è comunque sempre affidato, inevitabilmente, a capacità e buona volontà degli uomini.

Cosa occorre dunque? Una visione strategica meditata e potenzialmente realizzabile, un modello organizzativo chiaro e dotato di efficienti interconnessioni tra area ospedaliera e territorio, uomini competenti e determinati cui affidare il tutto, il coinvolgimento delle risorse umane. Non è poco, ma le cose stanno così. Un ultimo punto rilevante: oggi non esistono organi tecnici che possano autorevolmente e formalmente dire la loro sia in ambito provinciale che in azienda, organi snelli, non folle di professionisti riuniti per accontentare tutte le categorie, il cui parere abbia peso, sia riportato nelle decisioni formali assunte dagli organi di governo, sennò non esiste.

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

LAVORO

OFFERTA DEDICATA

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

CASA

- 20%

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

MOBILITÀ

- COSTI
+ SERVIZI

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

PROTEZIONE

FINO AL - 20%

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

RISPARMIO

+ VANTAGGI

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

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

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

TI ASPETTIAMO IN AGENZIA

ASSITRE
di Avi Federico, Fondriest Alessandro e Vecchi Riccardo

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

UnipolSai ASSICURAZIONI

Messaggio pubblicitario. *Prima della sottoscrizione leggere il set informativo pubblicato sul sito internet www.unipolsai.it*

C'è sempre da imparare

Giorgio Dobrilla non ha bisogno di presentazioni: è conosciuto ed apprezzato sia come gastroenterologo, sia come scrittore e giornalista. Nel Bollettino dell'Ordine dei Medici già abbiamo avuto occasione di presentare il suo profilo, il suo lavoro e i suoi numerosi libri. Ora al suo curriculum se ne è aggiunto un altro dal titolo "C'è sempre da imparare", pubblicato da C1V di Cinzia Tocci per la collana Scientia et Litterae e acquistabile online all'indirizzo *http://www.c1v.org/product-page/imparare2023.*

Paolo Pagliaro, giornalista, ne ha scritto una simpatica prefazione, che qui riportiamo.

Se su Google si digita la frase "il presente debitore del passato", non appaiono le considerazioni che sul tema ci hanno donato i grandi pensatori, ma ci vengono invece proposte dettagliate informazioni procedurali sul pignoramento presso terzi dopo l'ultima ed ennesima riforma della giustizia. Questo per dire quanto Google se ne infischi di ciò che noi davvero vogliamo da lui. Per fortuna ci sono i libri e quel residuo di memoria dei nostri trascorsi scolastici, il più importante dei quali fu – per quanto mi riguarda – l'insegnamento della storia e della filosofia da parte del professor Italo Mauro al liceo Carducci di Bolzano. Volendo spiegare quanto fosse ingrato il suo mestiere, Mauro amava citare una frase di Gramsci: "La storia insegna ma non ha scolari". In seguito ebbi modo, come tutti, di constatare quanta verità ci fosse in quelle parole, ed è una delle ragioni per cui mi accingo di buon grado a consigliare la lettura di questa antologia commentata in cui **Giorgio Dobrilla** intreccia passato e presente – Platone e Drusilla, Marco Aurelio e Alda Merini, Cicerone e Snoopy – riconoscendo al passato il pregio dell'attualità e al presente il debito accumulato col passato.

Dice Dobrilla che c'è sempre da imparare. Vero. Da questo libro si impara, ad esempio, che anche alle passioni si addice un linguaggio pacato, che non c'è conoscenza senza curiosità, e che ascoltare è un'arte oltre che una necessità. Questo vale per il Dobrilla medico non meno che per lo scrittore.

Con lo stratagemma delle citazioni e il gioco degli aforismi, il libro che state per sfogliare affronta questioni attualissime. Ci parla del Web, dove verità e falsità si elidono a vantaggio di opinioni granitiche e dove ciascuno si illude di poter essere artefice della propria celebrità. Affronta il tema dell'eccesso di informazione e dunque dell'infobesità, quella patologia che nasce dal fatto che tutti ritengono che il sapere sia a portata di click. Propone un pensiero robusto sul rapporto tra scienza e fede religiosa ("L'uomo è destinato ad accontentarsi di svelare poco per volta solo piccoli misteri, correndo il rischio molto forte, specie nei momenti di fragilità, di cedere e di chiedere aiuto al soprannaturale"). Assegna a vecchiaia e amore due spazi contigui e lo spiega così: "L'amore di qualsiasi tipo – cosa che viene spesso sottovalutata – certo non è in grado di evitare la vecchiaia, ma la rende più dolce e accettabile, specie se si è vissuto intensamente". Ritiene, con Brecht e Borges, che dubbio e intelligenza siano sinonimi.

Dobrilla sa che sentenze e proverbi spesso sono un po' double face, nel senso che contengono verità parziali che in qualche misura sono facilmente rovesciabili. E lui, fedele all'insegnamento del suo vecchio professore, "L'importante è non bruciare solo al fuoco degli altri", spesso le rovescia e un po' così ci spiazza.

Si capisce che, scrivendo, si è anche divertito. Spesso ha fatto sorridere anche noi, ed è un altro regalo che questo giovanotto ha fatto ai suoi lettori.

Paolo Pagliaro
Giornalista, Autore televisivo e scrittore.

Giorgio Dobrilla

La demenza non cancella la vita

Un libro di Marco Trabucchi

Marco Trabucchi, *Aiutami a ricordare. La demenza non cancella la vita. Come meglio comprendere la malattia e assistere chi soffre,* Milano, San Paolo, 2022

Il sottotitolo "come meglio comprendere la malattia e assistere chi soffre" ci mette già ampiamente sulla buona strada per comprendere l'essenza di questo bel libro di **Marco Trabucchi**, già professore ordinario di Neuropsicofarmacologia nell'Università "Tor Vergata", presidente dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria.

Marco Trabucchi

L'angosciosa esperienza di questa malattia, complessa nei suoi sintomi e nelle sue manifestazioni, coinvolge come una tempesta non solo il paziente, ma anche la famiglia e la società intorno, richiede la complessità come chiave interpretativa di qualsiasi intervento, come modo di illustrare, di interpretare, ma anche di curare questa malattia. Trabucchi ricostruisce la storia naturale della malattia, dai primi sintomi alle fasi terminali, e spiega come sia importante giungere – attraverso i giusti esami – a una diagnosi precoce. Oggi la demenza è una delle principali cause di disabilità e dipendenza – in particolare nell'età avanzata – per questo l'assistenza a casa e nelle strutture predisposte è fondamentale, così come prendersi cura di chi accudisce, in attesa che la ricerca scientifica riesca in futuro a prevenirla e curarla. La consegna anche per noi medici è quindi quella di farci carico, non solo della parte strettamente sanitaria, ma di saper attivare da subito una risposta che coinvolga tutte le componenti di supporto. È indispensabile attivare e riscoprire ognuno il proprio ruolo di cura nel mosaico della comunità: per la famiglia per consolidare e ritrovare i suoi rapporti; per la società nel diventare più inclusiva e solidale; per la politica nel dare risposte più adeguate alle domande che questi cittadini le pongono.

Il testo molto interessante è strutturato in 8 capitoli: perché ancora un libro sulle demenze; la demenza non cancella la vita; la persona affetta da Alzheimer: una storia lunga e dolorosa; epidemiologia e prevenzione delle demenze: teorie e realtà; la scienza e la ricerca aprono alla speranza; il malato, la famiglia, i caregiver; la persona affetta da demenza e i servizi; la persona affetta da demenza in RSA.

Lucia Fronza Crepaz

News dall'Ordine

SCOMPARSO IL DOTT. FEDRIZZI

Il dottor **Paolo Fedrizzi** è stato un medico davvero speciale e molto rispettato dalla comunità di Mezzolombardo, sia per le sue competenze mediche che per la sua gentilezza e la sua umanità. Un medico che si prendeva cura dei suoi pazienti con grande attenzione e dedizione, sempre pronto ad ascoltare le loro difficoltà e a trovare soluzioni alle loro esigenze di salute. Ricordo che la sua carriera è stata caratterizzata da numerose realizzazioni, specie nel campo della sanità digitale, perché era un grande appassionato di informatica.

Infatti, il dottor Fedrizzi, è stato uno tra i primi medici di famiglia che usavano il computer nel proprio studio per catalogare i pazienti e le loro patologie, impegnato a far germinare la cultura digitale tra i professionisti sanitari, con un salto di qualità significativo, specie nel dialogo tra il territorio e l'ospedale. Si era battuto a denti stretti anche con l'allora Usl per introdurre una rete informatica all'interno del sistema sanitario, a favore di una gestione avanzata dei dati sanitari con originali modelli di presa in carico, come il fascicolo sanitario elettronico.

Possiamo senz'altro dire che è stato un protagonista della nuova sanità costruita attorno alla persona, e che la sua vita e il suo lavoro sono un esempio per tutti coloro che cercano di migliorare la vita degli altri. Il suo ricordo continuerà ad ispirare la speranza e la forza d'animo in tutti coloro che lo hanno conosciuto. (**Giorgio Devigili**)

IN PENSIONE LA DOTTORESSA BENINI

Dopo 40 anni di lavoro a Gardolo la dottoressa **Alberta Benini** è in pensione. Quella di Alberta Benini è stata una carriera ricca di soddisfazioni. Il quotidiano Adige lo ha ricordato tracciando questo profilo. «Mi laureai a Padova e nel 1981, dopo delle esperienze da guardia medica, accettai l'incarico a Daone. Per me, che ero cresciuta in città fra Trento e Padova, non fu una mèta facile. Ma una volta lì capii che quella era la mia strada anche grazie all'aiuto del dottor Piffer, un medico d'altri tempi che aveva un'esperienza maturata sui grandi cantieri idroelettrici della val di Fumo».

L'offerta di un posto a Trento arrivò presto: «Nell'agosto 1983, dopo due anni e mezzo a Daone, mi traferii qui a Gardolo e da allora non l'ho più lasciata». Sotto l'ala della dottoressa Benini sono passate intere generazioni. Ma com'è cambiata la medicina in quarant'anni? «Il lavoro – ha detto la dottoressa Benini all'Adige – si è trasformato. Oggi si lavora più che in passato e c'è molta più burocrazia. Da un lato l'invecchiamento dei pazienti, che ho seguito, ha portato a una crescita dei carichi, ma un altro aspetto importante è quello legato alle tecnologie diagnostiche, oggi assai più raffinate che in passato, e alle visite specialistiche aumentate di numero proprio grazie ai migliori esami. Negli ultimi anni si è poi avuto un allungamento dei tempi di attesa per esami e visite».

E i pazienti, sono cambiati? «Direi di sì, le persone hanno più cultura sanitaria del passato, sono più informate e internet, se ben usato, talvolta può aiutarle nel capire come comportarsi al meglio. Devo dire che sono pochi i casi in cui i pazienti si presentano convinti di sapere già la propria diagnosi grazie al "dottor Google"; c'è ancora fiducia nel nostro ruolo». Impossibile tirar furi un aneddoto alla dottoressa: «La

mia vita lavorativa è stata piena di soddisfazioni date dai rapporti umani e il mio grazie va ai pazienti».

Un aspetto sul quale la dottoressa Benini si è sempre distinta, oltre all'empatia, è quello della voglia di imparare: «Fin dal 1983 decisi di stare in ambulatorio con altri colleghi, per avere un confronto e una crescita professionale (in passato con i dottori Bortolotti e Ferruzzi, oggi con i giovani Oddo e Nicastro, *ndr*)». La dottoressa ha svolto per una vita il ruolo di tutor per la scuola di medicina, accogliendo nel suo studio stuoli di studenti molti dei quali oggi a loro volta diventati medici. E adesso, in pensione, cosa farà? «Sono curiosa di vedere cosa mi riserverà la vita. Sicuramente farò del volontariato in ambito sanitario e non farò la "gettonista" o la libera professionista. Mi godrò la vita facendo, se possibile, pure qualche viaggio».

BELLANI NUOVO DIRETTORE

Il prof. **Giacomo Bellani** è dal febbraio scorso il nuovo direttore universitario di anestesia e rianimazione dell'ospedale Santa Chiara di Trento.

Il prof. Bellani, dopo la laurea in Medicina e Chirurgia, conseguita nel 2001, si è specializzato in Anestesia e Rianimazione nel 2005 presso l'Università di Milano-Bicocca. Nel 2003-2004 è stato research fellow presso il Massachusetts General Hospital di Boston e nel 2010 ha conseguito il Dottorato di Ricerca in Tecnologie Biomediche. Dal 2008 al 2023 è stato dapprima Ricercatore, poi Professore Associato, presso l'università Milano Bicocca e Dirigente Medico in convenzione presso l'unità di Anestesia e Rianimazione della ASST di Monza. È impegnato nella ricerca clinica, focalizzandosi principalmente sull'insufficienza respiratoria acuta e sulla ventilazione meccanica. È autore di circa 250 pubblicazioni indicizzate, 5 brevetti ed ha pubblicato un volume in qualità di Editor. Anche grazie a queste competenze, ha tenuto oltre 150 conferenze su invito a congressi internazionali.

QUATTROCCHI NUOVO DIRETTORE A ROVERETO

Il prof. **Carlo Cosimo Quattrocchi** è il nuovo direttore universitario di radiologia dell'ospedale di Rovereto. Ecco un suo breve curriculum.

- Professore Ordinario nel settore Diagnostica per Immagini, Radioterapia e Neuroradiologia (06I1)
- Direttore Unità Operativa Multizonale di Radiologia Rovereto e Arco
- Università di Trento; CISMED Centro Interdipartimentale di Scienze Mediche; CIMEC Centro Interdipartimentale Mente/Cervello; Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento
- Chair dell' ESMRMB-GREC (Gadolinium Research and Education Committee of the European Society of Magnetic Resonance in Medicine and Biology)
- ESMRMB Executive Board Member (European Society of Magnetic Resonance in Medicine and Biology)
- ESMRMB Education Officer (European Society of Magnetic Resonance in Medicine and Biology)
- ESUR (European Society of Uro-Radiology) Contrast Media Safety Committee Member
- ESR (European Society of Radiology) Education Committee Member
- CMR Harry Fisher And Torsten Almen Award Committee Member in 2021
- Revisore per numerose Riviste Internazionali incluse: European Radiology, Investigative Radiology, Neuroradiology, American Journal of Neuroradiology, La Radiologia Medica
- Professore Associato, già Ricercatore nel settore Diagnostica per Immagini, Radioterapia e Neuroradiologia (06I1)
- Direttore Unità Operativa Complessa di Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica
- Responsabile Medico Sezione di Risonanza Magnetica
- Coordinatore Scientifico Master I livello di Tecniche di Risonanza Magnetica in ambito clinico e di ricerca
- Radiologo Clinico con acquisizione e refertazione di >50000 esami diagnostici di cui >20000 in ambito neuro radiologico.
- Università Campus Bio-Medico di Roma; Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma.

In pensione il dott. de Pretis

Un estratto dall'intervista con il quotidiano *l'Adige*

Dopo oltre 40 anni di lavoro, 22 dei quali trascorsi alla guida del reparto di gastroenterologia da lui "creato" a Trento, è andato in pensione il dottor **Giovanni de Pretis**. Il quotidiano Adige con l'occasione ha posto alcune domande al dott. de Pretis, che volentieri riportiamo.

Dottor de Pretis, lei è arrivato qui nel 2001 e ha creato da zero il reparto. Come funzionava prima?

Gli esami endoscopici erano legati ai vari reparti, a Rovereto il collegamento era la geriatria, a Trento la medicina.

Quando hanno bandito il concorso per la sede di Trento e Rovereto mi è sembrata una cosa innovativa. Io ero primario a Udine e ho partecipato ponendo solo la condizioni che ci sarebbero stati dei posti letto.

Però all'epoca i numeri erano più bassi?

Siamo partito con quattro medici e oggi sono venti.

Suo padre era Commissario del Governo. Da dove nasce la passione per la medicina?

A dire il vero storicamente la mia è una famiglia di medici fin dal 1600, tranne mio padre. Io però non ho conosciuto i miei antenati. Ricordo che ero indeciso tra studiare fisica e medicina. Mi ero un po' informato e mi avevano detto che facendo fisica probabilmente sarei andato a insegnare in qualche scuola. Non era la mia strada e così ho optato per medicina.

Giovanni de Pretis

Mi sono iscritto a Bologna e lì ho incontrato il professor Dobrilla che mi ha fatto appassionare alla gastroenterologia e poi mi ha proposto di andare a Bolzano dove era primario. Nel 1996 sono diventato primario a Udine e poi a Trento, quando direttore generale era Favaretti.

Si è mai pentito di essere venuto a Trento?

Assolutamente no. Devo dire che da subito ho visto un livello di dirigenza decisamente superiore rispetto a Bolzano e Udine.

Lei avrebbe potuto andare in pensione prima dell'era Covid. Poi nel dicembre 2020 un provvedimento ha permesso di continuare a lavorare anche a chi aveva più di 40 anni di servizio. Lei decise di rimanere e poi scoppiò la pandemia. Sono stati forse gli anni più faticosi di tutta la sua carriera immagino.

Soprattutto nella prima parte è stato molto pesante perché c'erano tante incertezze, ma si respirava comunque un clima di grande impegno e collaborazione trasversale. Molti miei collaboratori avevano dato la disponibilità ad andare a lavorare in altri reparti. Forse le fasi più faticose sono state quelle successive, la seconda e terza ondata, perché si era tutti già molto provati. Poi c'era la difficoltà a gestire i pazienti. Dal punto di vista chirurgico non potevamo garantire loro le cure di cui avrebbero avuto bisogno.

Di quale progetto legato alla gastroenterologia va più orgoglioso?

Direi del programma di screening per il cancro al colon retto avviato nel 2008 con modalità che molti hanno poi copiato. Abbiamo ottimi indicatori di qualità, con un'adesione alla colonscopia che è sempre stata più alta d'Italia, mentre non si è riusciti ad aumentare l'adesione generale allo screening che non supera il 60%. Un vero peccato visto che gli studi che abbiamo pubblicato hanno dimostrato che lo screening ha ridotto la mortalità in Trentino, che è passata da 40 casi ogni 100 mila abitanti a 25. Se l'adesione fosse più alta la mortalità sarebbe ancora più bassa. Abbiamo anche dimostrato che lo screening previene il cancro. Siamo passati da 120 nuovi casi ogni 100 mila abitanti a 80.

Altra cosa che le ha dato soddisfazione?

Sono contento di aver dimostrato che organizzazione multizonale è molto efficace. Il fatto di avere una regia unica dei medici che vanno nei vari ospedali all'inizio non era visto bene, ma se si fa una vera organizzazione multizonale è stato provato che ci sono dei grossi vantaggi. Prima di tutto per i cittadini ai quali vengono garantite le stesse cure su tutto il territorio, ma anche per i professionisti che possono lavorare sia negli ospedali più grandi che in quelli di valle facendo parte di un gruppo più grande.

Altro motivo di orgoglio è che siamo stati i primi ad avere un sistema informatico in tutti gli ospedali perfettamente integrato grazie al quale è possibile archiviare sia le immagini che i filmati in modo da poter discutere tra di noi i vari casi sia ad esame finito che durante lo svolgimento.

Ora che è in pensione di cosa si occuperà dottor de Pretis?

Continuerò a lavorare, anche se con ritmi più tranquilli. Farò ambulatorio sia a Bolzano che a Trento, ma potrò anche dedicarmi ai miei hobby. Ho un'azienda agricola con mele e ciliegie in valle di Non e poi sono un appassionato di sci d'alpinismo.

Un ultimo appello all'Azienda per la quale ha lavorato così a lungo?

Ricordo che la disponibilità di tecnologie all'avanguardia è fondamentale, soprattutto laddove si effettuano esami invasivi e che quindi non si ripetono facilmente. Qui hanno sempre garantito le migliori apparecchiature e spero continuerà ad essere così. A breve si concluderà la gara per il rinnovo del noleggio, un'opportunità anche per alzare il livello negli ospedali di valle. È noto che si fa sempre più fatica a trovare professionisti e per attirarli l'unico modo è offrire una formazione stimolante e tecnologie all'avanguardia.

Certificazioni di malattia, cosa dice la normativa

Riportiamo di seguito un estratto da *"Il certificato Medico telematico e cartaceo"* dell'OMCeO di Firenze.

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.

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 Azienda Sanitaria 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.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Articolo 1, comma 149, legge n. 311/2004 (legge finanziaria per il 2005);
Articolo 1, comma 810, legge n. 296/2006 (legge finanziaria per il 2007);
Decreto interministeriale 26 febbraio 2010 e disciplinare tecnico collegato, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010;
Articolo 55 septies, decreto legislativo. n. 165/2001, introdotto dall'articolo 69 del decreto legislativo n. 150/2009, in attuazione della legge n. 15/2009;
Circolari INPS n. 60/2010, n. 119/2010 e n. 164/2010
Circolare 23 febbraio 2011, n. 1, del Dipartimento della funzione pubblica e del Dipartimento della digitalizzazione della Pubblica amministrazione e dell'innovazione tecnologica Circolare 18 marzo 2011, n. 4, del Dipartimento della funzione pubblica e del Dipartimento della digitalizzazione della Pubblica amministrazione e dell'innovazione tecnologica e del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
Decreto legge 18 ottobre 2012 n. 179 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221;
Circolare INPS 25 luglio 2013 n. 113;
Circolare INPS 7 giugno 2016 n. 95.

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 **analisi del rischio, formazione e intermediazione** assicurativa.

Spesso i contratti di assicurazione **sono un rebus** ed in questo momento, in particolare, i medici sentono la necessità di chiarezza e di conseguente tranquillità nelle scelte assicurative.

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

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. **Definizione di un progetto assicurativo** personalizzato che tuteli la Sua attività professionale;
3. Offerta di un'**adeguata copertura assicurativa** integrativa o sostitutiva.

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

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

eurorisk®
insurance broker & risk manager

SICURO.
AFFIDABILE.
NOSTRO.

ORO - GIOIELLI - MONETE

OBRELLI®

DAL 1929

LAVIS | TRENTO | MILANO | 0461 242040
338 8250553 | www.oro.obrelli.it | info@obrelli.it