

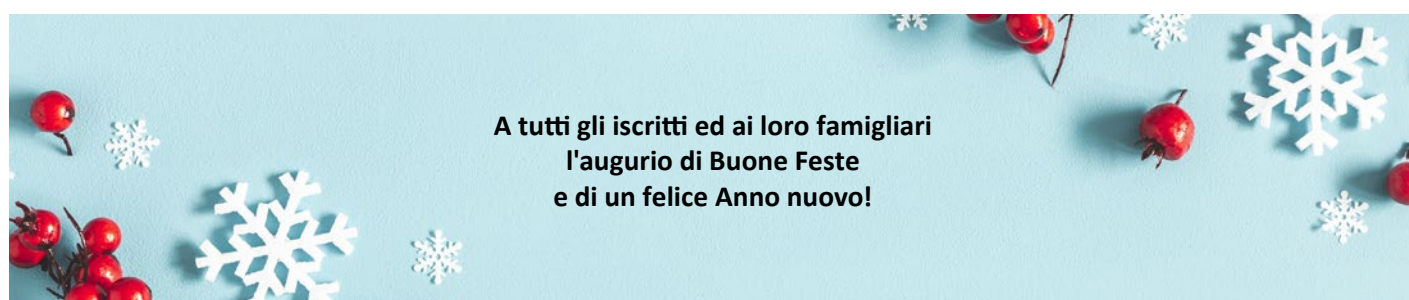
BOLLETTINO



04 | 2023

MEDICOTRENTINO

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



Poste Italiane SpA • Spedizione in Abbonamento Postale • 70% NE/TN • Anno LXX - N. 4/2023 • Tassa pagata - Taxe parçue • Reg. Trib di Trento n. 28 del 16/05/51

Morto il dott. Stefano Bonora
Presidente Cao

Quando si deve curare il paziente
contando i minuti

Se i pipistrelli diventano
utili per l'ecocardiografia



PROVINCIA
AUTONOMA
DI TRENTO

SE NON STAI
CON ME,
NON PUOI STARE
CON NESSUNO

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

AIUTACI A STARE AL TUO FIANCO

**CHIAMA
IL 112 O IL 1522**

NUMERO ANTIVIOLENZA E STALKING

SOMMARIO

EDITORIALE

Lettera aperta al nuovo assessore 5

IN PRIMO PIANO

La Giornata del Medico e dell'Odontoiatra 6

I nomi dei nuovi medici ed odontoiatri e i premiati con 50 anni di laurea 8

Ambulatorio odontoiatrico Gris, un sostegno agli immigrati 10

Antibiotico-resistenza, una pandemia silenziosa 12

Il piede diabetico in Trentino 14

SPECIALE

In lotta con il tempo. E la sanità va in tilt 16

Violenza ai medici, tema di attualità 20

Dai pipistrelli alla ecocardiografia 23

SANITÀ: NORME, FATTI, EVENTI

La sanità degli Italiani 27

PROFILI

Una nuova psichiatria 28

I nostri lutti 29

LE NOSTRE NEWS

News dall'Ordine 30

IL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE

Quadriennio 2021-2024

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

CONSIGLIERI:

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

REVISORI DEI CONTI:

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

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI:

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

LE COMMISSIONI DELL'ORDINE:

Commissione Ambiente:

coordinatore Paolo Bortolotti

Commissione Formazione e Aggiornamento:

coordinatore Tommaso Cai, Carla Sperandio

Commissione Giovani:

coordinatrice Francesca Desiderato

Commissione Ricerca e Sviluppo:

coordinatore Giovanni De Pretis

Commissione Salute globale, sviluppo e cooperazione:

coordinatrice Bruna Zeni

Commissione delle medicine non convenzionali:

coordinatrice Maria Claudia Di Geronimo

Commissione Ricerca Storica:

coordinatore Gianni Gentilini

Sportello permanente di ascolto:

tutti i consiglieri e revisori dei conti

Osservatorio per la professione al femminile:

coordinatrice Monica Costantini

Commissione per la medicina di genere:

coordinatore Maurizio Del Greco

Commissione riorganizzazione delle cure primarie:

coordinatrice Monica Costantini

Responsabile digitalizzazione dell'Ordine

e sito web:

Damiano Berti

BOLLETTINO MEDICO TRENINO NUMERO 04 - DICEMBRE 2023

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.it

Ordine: segreteria.tn@pec.omceo.it

Odontoiatri: presidenzaao.tn@pec.omceo.it

GRAFICA, PUBBLICITÀ:

OGP srl - Agenzia di pubblicità

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

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

STAMPA:

Nuove Arti Grafiche - Trento

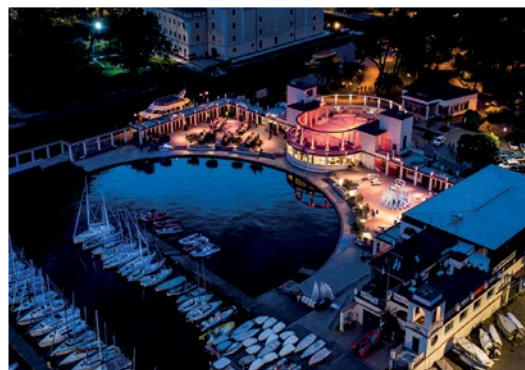
Innovazione e sostenibilità per i tuoi eventi in Trentino

@APT Garda Dolomiti SpA



Centro Congressi

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



Spiaggia Olivi

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



ITAS Forum

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

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

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

meeting@riva.fc.it
www.rivadelgardacongressi.it

info@spiaggiolivi.com
www.spiaggiolivi.com

info@itasforumeventi.it
www.itasforumeventi.it



Lettera aperta al nuovo assessore

Cari colleghi,

prendo la parola sul nostro Bollettino su invito del Presidente, per un breve saluto ed un commento collegato all'attualità.

Le recenti elezioni hanno portato alla conferma del Presidente **Fugatti** alla guida della Provincia ed in questi giorni è stata nominata una nuova Giunta Provinciale che, a meno di colpi di scena, vede **Mario Tonina** prossimo assessore alla Sanità.

La prima speranza è che egli possa fare il suo lavoro in situazioni normali e non come era in precedenza, in emergenza pandemica. La copertura vaccinale per fortuna consente di essere fiduciosi e tranquilli.

La seconda invece parte da una considerazione. Il Trentino ha un Servizio Sanitario di ottimo livello, con una qualità della prestazione media di alto livello ed alcune eccellenze che ci rendono orgogliosi di esso. È un sistema sanitario che funziona sul piano pubblico, ma anche su quello privato, e che vede impegnati quotidianamente i colleghi medici e odontoiatri che nel nostro Ordine si ritrovano, oltre naturalmente tutti gli altri operatori sanitari e non.

Anche di fronte ad un così buon livello siamo convinti che ci possa essere spazio per il miglioramento; un miglioramento che parte soprattutto dal benessere del personale sanitario e dall'importanza di un confronto con esso, sia per valutarne la soddisfazione ma soprattutto per comprendere i motivi della insoddisfazione che purtroppo ci capita di cogliere.

Se le cose vanno bene, è perché ogni giorno i colleghi negli ospedali, negli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e in quelli privati si sacrificano per il bene dei loro pazienti.

Tutto questo compete all'Assessore alla Sanità che, a nostro parere, può fare molto, partendo dall'ascolto.

In questo ascolto l'Ordine, che rappresenta 3.135 medici e 514 odontoiatri ad oggi, è un tassello fondamentale perché raccoglie le istanze positive e negative che gli iscritti propongono.

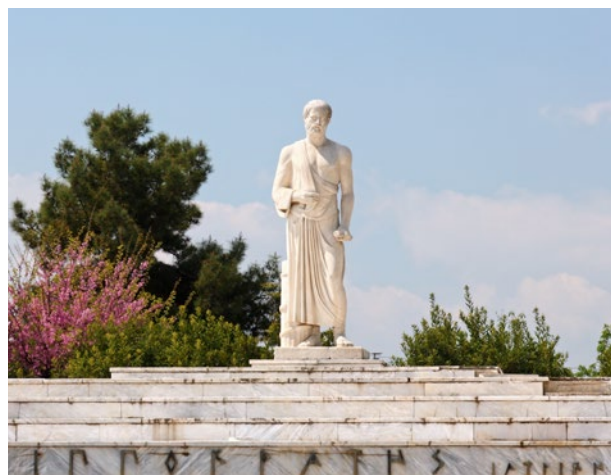
Siamo un organo sussidiario dello Stato, e nella nostra Provincia dotata di una preziosa Autonomia siamo ancora più sussidiari al bene comune.

Auguriamoci quindi che il nuovo Assessore, che è persona definita dai giornali attenta alle istanze e con grandi capacità di mediazione, ci consenta di migliorare quelle cose che lo necessitano.

L'Ordine sarà sicuramente controllore, forse alle volte perfino censore, ma sicuramente sarà sempre propositivo e pronto a collaborare, e lo farà salvaguardando il bene altrettanto prezioso del benessere di medici, infermieri, ostetriche e di tutto il personale sanitario, e non, che lavora nel conservare e migliorare il bene più importante del Trentino: quella della salute dei suoi cittadini.



Guido Cavagnoli
*Vicepresidente Ordine
medici chirurghi e
odontoiatri*



La Giornata del Medico e dell'Odontoiatra

Si è svolta a Rovereto



Grande successo di partecipazione alla Giornata del Medico e dell'Odontoiatra, svoltasi al teatro Zandonai di Rovereto ai primi di ottobre per iniziativa dell'Ordine dei medici.

La Giornata – come diciamo a parte – è stata l'occasione per salutare e ringraziare i medici che hanno compiuto i 50 anni di laurea e per augurare buon lavoro ai medici nei laureati.

Dopo il saluto delle autorità (il Commissario del Governo, l'assessore provinciale alla sanità **Stefania Segnana**, il vicesindaco di Rovereto **Giulia Robol**, il Rappresentante del Cibo e **Lucio Cordioli** vicepresidente dell'Ordine dei medici della provincia di Verona) il dott. **Marco Ioppi** ha illustrato il significato dell'evento soffermandosi in particolare su alcune tematiche che in questo momento riguardano la sanità trentina. Tra l'altro il dott. Ioppi ha detto:

“Quest'anno il SSN compie 45 anni ed è con ragione considerato una delle più importanti conquiste della società degli ultimi decenni, vero patrimonio sociale che tutti abbiamo il dovere di difendere.

In questi giorni si continua a parlare molto di numeri. Di numero di giorni di ritardo nello smaltire le liste di attesa, di numero di interventi in programma, di numero di medici che mancano, di un numero sempre maggiore di cittadini che rinunciano alle cure sia per difficoltà economiche che per difficoltà all'accesso alle prestazioni.

Si paventa il rischio di una sanità diseguale che vede cittadini di serie A e di serie B, di chi può e di chi non può avere l'accesso alle cure.

Sono stati chiamati in causa la mancanza di risorse, l'invecchiamento della popolazione, una organizzazione aziendale appesantita dalla burocrazia, ma soprattutto la **mancanza di attrattività del ruolo del medico del servizio sanitario.**

Non solo per gli stipendi che sono i più bassi dei paesi industrializzati europei o per il ritardo del rinnovo del contratto o per la mancanza di rispetto della persona per una turnistica pesante e senza orario, ma anche e soprattutto per il **mancato riconoscimento dei principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità sui quali si fonda l'esercizio professionale del medico come sancito dall'art. 4 del CdM** e che l'organizzazione aziendale della sanità ha irresponsabilmente disconosciuto.

Anziché sostenere il medico nel suo delicato e cruciale ruolo di responsabile della salute individuale e collettiva, anziché coinvolgerlo nelle decisioni di organizzazione sanitaria valorizzando la natura intellettuale della professione si è preferito avere un impiegato della medicina e non un professionista.

Come conseguenza abbiamo da rilevare con preoccupazione un crescendo di demotivazione e da parte dei giovani una disaffezione nei confronti di una professione che al contrario dovrebbe essere vissuta con entusiasmo e passione. L'abbiamo toccata con mano nella recente assegnazione dei contratti di formazione specialistica: 1 contratto su 4 non è stato assegnato e addirittura 7 su 10 nella scuola di specializzazione di emergenza urgenza. Stesso discorso – mancanza di attrattività – vale anche la scuola di formazione specifica in MG.

Il SSN non può considerarsi al sicuro finché si parla di numeri, di quantità e non di qualità, di valorizzazione del capitale umano. Non possiamo

stare tranquilli e consolarci con il dire che i problemi sono quelli di tutti, mal comune mezzo gaudio, e che nonostante i settori in affanno tante sono le note di apprezzamento. La difesa del diritto alla salute come sancito dall'articolo 32 della Costituzione diventa un imprescindibile atto morale. **Bisogna mettere in atto una nuova politica di gestione del personale che abbia come impegno la lettura del malessere esistente e quale obiettivo il far riassaporare fiducia e passione per spendersi per il SSN.**

Il presidente Filippo Anelli nel ricordare la morte della collega Barbara Capovani, sincera vicinanza alla famiglia e all'Ordine di Pisa, ha chiesto sì protezione e sicurezza sui posti di lavoro per non lasciare soli ed esposti medici, ma ha anche invocato una grande rivoluzione culturale che valorizzi il ruolo dei professionisti della salute e che restituisca il rispetto per la loro figura e per le loro competenze. Viviamo una stagione straordinaria fatta di grandi cambiamenti. La rivoluzione digitale cambierà il modo di esercitare la nostra professione.

Per questo abbiamo bisogno di una nuova organizzazione del lavoro, basata sulla necessaria presenza delle altre professioni sanitarie in team con il medico come abbiamo bisogno di modificare la nostra formazione professionale per meglio gestire la tecnologia e le applicazioni della AI e renderle utili soprattutto per garantire a tutti terapie personalizzate.

Serve un forte e grande Ssn: perché queste possibilità non siano fruibili solo da chi può permetterselo senza dimenticare che un Ssn forte e grande è anche uno straordinario strumento di crescita economica, di progresso e di stabilità sociale.

Concludo con l'orgoglio e la soddisfazione di poter presentare alle autorità e alla società civile i nostri giovani medici e odontoiatri. Chiedo a tutti di star loro vicino perché possano assolvere con successo al delicato compito che a loro viene affidato."

Successivamente la dott.ssa **Laura Albertini** ha portato il saluto del presidente degli odontoiatri, **dott. Bonora** evidenziando, tra l'altro, le difficoltà nelle quali si dibatte oggi la professione dell'odontoiatra.

"Vi porto i saluti del Presidente della CAO, dottor Stefano Bonora, che per motivi personali non è potuto essere presente qui oggi, ma ci tiene comunque molto a trasmettervi il suo pensiero.

Desidero ringraziare tutte le autorità intervenute, la cui presenza riconosce l'importanza di questa cerimonia. Ci tengo a dare il benvenuto nella nostra casa comune, l'Ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri, ai nuovi colleghi che oggi giureranno davanti al presidente

dell'ordine, ai consiglieri del consiglio direttivo e della Commissione Albo odontoiatri alle autorità intervenute e alle proprie famiglie.

È sempre emozionante vedere giovani colleghi Odontoiatri che iniziano il bellissimo cammino della nostra professione, oltre all'emozione, questa giornata mi fa riflettere sulla grande responsabilità che ho come Presidente CAO, e che abbiamo tutti noi come istituzione, quella di riuscire a indicarvi una giusta via. Ho l'onore e l'onere di rappresentare gli Odontoiatri Trentini in un momento storico particolarmente difficile per tutti, dopo la pandemia, la crisi economica, i conflitti in Ucraina ed Israele.

Nel mondo odontoiatrico le catene low cost, la concorrenza estera, le pubblicità sfrontate, l'aumento dei contenziosi influiscono negativamente sul nostro lavoro. Le difficoltà si riflettono sulla nostra professione, rendendo il vostro ingresso nel mondo del lavoro una sfida sempre più ardua rispetto al passato. Ma è proprio questa sfida neo dottori che dovete accettare. **Con lo studio continuo, l'aggiornamento, la serietà e la dedizione ai vostri pazienti avrete la sicurezza di una professione ricca di soddisfazioni e di riconoscimenti.** L'odontoiatria italiana è una fucina di eccellenze riconosciute in tutto il mondo, i professionisti italiani sono sempre punto di riferimento per tante società scientifiche internazionali e mi piace pensare che le eccellenze del futuro sarete voi che siete qui oggi. Questo sogno è realizzabile.

Mi auguro che il vostro cammino sarà sempre nel rispetto del nostro codice di deontologia medica, il codice dovrà guidarvi ogni giorno nel lavoro.

Non cercate la strada più facile, siate dei veri professionisti della salute e non venditori di terapie pubblicizzate sui social, camminate nella strada sicura delle regole e del codice, noi saremo al vostro fianco pronti a consigliarvi e sostenervi. Vi invito a partecipare alla vita dell'Ordine, dedicate del tempo alle istituzioni, l'arricchimento e la soddisfazione saranno superiori all'impegno. Fare rete aiuta a superare le difficoltà a trovare soluzioni, la colleganza è una risorsa che va sfruttata, tra gli iscritti troverete sempre qualcuno pronto a insegnare e trasmettere la propria esperienza.

Per concludere desidero rivolgere un pensiero ai vostri genitori che vi hanno guidato fin qui, ed oggi orgogliosi si godono questo momento importante. Auguro a tutti un buon proseguimento."

Da segnalare anche il saluto portato dal dott. **Gios Bernardi**, medico che di recente ha compiuto i 100 anni.

I nomi dei nuovi medici ed odontoiatri e i premiati con 50 anni di laurea

NUOVI MEDICI CHIRURGHI

Dott.ssa ANGELI CECILIA
Dott.ssa BATTAN MARIA SOLE
Dott.ssa BENATTI MARTINA
Dott.ssa BERGAMO ANASTASIA
Dott.ssa BEVILACQUA ARIANNA
Dott. BUKHARI SYED BASAT
Dott. COMPER FRANCESCO
Dott.ssa CONTINI DELIA
Dott.ssa DALBOSCO ELEONORA
Dott.ssa DALSANT SOFIA
Dott.ssa DALSASS ALICE
Dott.ssa DEMATTE' ANNA
Dott. DI GREGORIO GIUSEPPE
Dott. DOLZANI PAOLO
Dott.ssa FANTI STEFANIA
Dott.ssa FRAPPORTI MADDALENA
Dott.ssa FRONZA ALICE
Dott.ssa GABRIELLI MICHELA
Dott. GAIO PAOLO
Dott. GASPEROTTI GIULIO
Dott.ssa GRANDI SILVIA
Dott. GRETTET ANDREA
Dott. LENTI ROBERTO
Dott. LEONARDI GIACOMO
Dott.ssa MAROCCHI LAURA
Dott. MENGARDA RENZO
Dott.ssa MERZ ROBERTA
Dott. MORANDUZZO MICHEL
Dott. PAISSAN GIOVANNI
Dott.ssa PAROLINI SARA
Dott.ssa PEDERIVA MADDALENA
Dott. PEDROTTI ALESSANDRO
Dott.ssa PELLEGRINI ARIANNA
Dott.ssa PETKU IZAURA
Dott.ssa PINTARELLI LARA
Dott.ssa PINTARELLI MORGANA
Dott.ssa PISONI SARA
Dott. PLONER LUCA
Dott.ssa ROSSI MARIANNA

Dott.ssa TAIT ANNA
Dott.ssa TAMANINI SARA
Dott. TAMANINI ANDREA
Dott. TARGA DENNIS
Dott.ssa TEMPORIN ILARIA
Dott.ssa VEGHER ALESSIA
Dott.ssa ZENI SILVIA
Dott.ssa ZOBELE MARIANNA

NUOVI MEDICI ODONTOIATRI

Dott.ssa ALIAJ IRINI
Dott.ssa DORIGATTI CARLOTTA
Dott. ERLICHER LORIS
Dott.ssa FACCO ANNAGIULIA
Dott. FANINI MATTIA
Dott.ssa FIEMAZZO MARTA
Dott. PRILEPOV ANDREI
Dott. ROPELE IACOPO
Dott. ZANI ANDREA

MEDICI CON 50 ANNI DI LAUREA

Dott.ssa ANDRENACCI ALBINA
Dott. ARMANI MARIO
Dott. BECCATI RENATO
Dott. BERTAGNOLLI ALESSANDRO
Dott. BOSCATO RENZO ANTONIO
Dott. COSER VINCENZO
Dott. DALLA PALMA PAOLO
Dott. DI GREGORIO ANTONIO
Dott.ssa DRIGO MARIA LUISA
Dott. FRIZZI ROBERTO
Dott. GALASSI UMBERTO
Dott. INAMA GIUSEPPE
Dott. LESS ALESSIO
Dott. MARCHESONI CARLO
Prof. MARCHESONI DIEGO
Dott. PAROTTO FRANCO
Dott. RAPONI GIORGIO
Dott.ssa RISATTI CECILIA
Dott. ROBBIATI SERGIO FEDERICO
Dott. TESSARINI ALBERTO



Da sinistra: il prof. Gino Gerosa, il dott. Maurizio Del Greco ed il dott. Marco Ioppi

Sono 56 i nuovi giovani medici e odontoiatri trentini che sabato scorso a Rovereto, al teatro Comunale Zandonai, hanno prestato il giuramento di Ippocrate entrando così a pieno titolo nella loro professione medica. L'incontro con i nuovi medici è avvenuto durante la "Giornata del Medico e dell'Odontoiatra", promossa dall'Ordine dei medici della provincia di Trento. Nell'occasione sono stati premiati con l'Esculapio d'oro anche 20 medici che hanno festeggiato i 50 anni dalla loro laurea.

Dopo il saluto delle autorità presenti e dopo la lectio magistralis del dott. **Gino Gerosa**, un luminaire della cardiocirurgia italiana ed internazionale, la giornata è stata aperta dal saluto del presidente dell'Ordine, dott. **Marco Ioppi**, che ha sottolineato il valore simbolico della cerimonia. Sono saliti prima sul palco i medici con 50 anni di laurea salutati dal vicepresidente dott. **Guido Cavagnoli**, successivamente è stata la volta del numeroso gruppo dei medici e odontoiatri chiamati dal segretario dell'Ordine dott. **Andrea Ziglio** e dalla vicepresidente della Commissione Odontoiatri dott.ssa **Laura Albertini** che hanno pronunciato il Giuramento di Ippocrate seguito dall'Inno Nazionale.

LE NUOVE FRONTIERE DELLA CARDIOCHIRURGIA. ALLA GIORNATA DEL MEDICO UN INTERVENTO DEL PROF. GINO GEROSA

La Giornata del Medico ha avuto un momento qualificante con la Lectio magistralis del prof. Gino Gerosa, cardiocirurgo di fama internazionale. Roveretano, classe 1957 con più di 20 anni di successi nella cardiocirurgia mondiale, il prof. Gerosa ha eseguito nel 2002 il primo impianto in Italia e uno dei primi al mondo di cellule staminali in paziente affetto da miocardiopatia post ischemica. Nel 2003 compie il primo impianto di assistenza ventricolare sinistra con Berlin Heart Incor. Dal 2004 al 2007 raggiunge diversi primati: dalla rivascolarizzazione miocardica ed endoarterectomia carotidea in paziente sveglio all'isolamento delle vene polmonari totalmente endoscopico. Nel 2006 dirige l'equipe che ha eseguito il primo trapianto ABO incompatibile in paziente pediatrico, nel 2007 invece attua l'impianto del cuore artificiale totale Cardiowest. Tra i primati mondiali da citare la sostituzione valvolare aortica combinato ad una plastica valvolare mitralica senza l'utilizzazione della circolazione extra corporea ed a cuore battente. Nel 2023 il prof. Gerosa esegui il primo trapianto nel mondo da donatore a cuore fermo con una ischemia superiore ai 45 minuti ovvero in morte cardiaca, salvando la vita ad un uomo di 45 anni affetto da cardiopatia congenita.

Attualmente il prof. Gerosa è direttore dell'unità operativa complessa e del programma trapianti di cuore e assistenze meccaniche all'Azienda ospedaliera di Padova, della Scuola Cardiac Surgery della fondazione Ettore Majorana, della Scuola di specializzazione in cardiocirurgia dell'università di Padova, direttore scientifico del Comitato per la Ricerca scientifica della Regione Veneto. È autore del libro "L'altro cuore: vite professionali, storie di pazienti e scienza in cardiocirurgia".



Sul palco i medici che hanno festeggiato 50 anni dalla laurea

Ambulatorio odontoiatrico Gris, un sostegno agli immigrati

Un'intuizione di Cecilia Bonifazi

CHE COS'È IL GR.I.S.

Al Gr.I.S. Trentino aderiscono operatori sanitari, istituzioni pubbliche, cooperative del privato sociale, associazioni di immigrati e operatori dei servizi che operano a favore della salute degli immigrati e delle persone in condizione di emarginazione sociale in Trentino.

Lo scopo del Gr.I.S. è la promozione della salute e dell'assistenza sanitaria degli immigrati stranieri e delle persone in condizione di emarginazione sociale e la realizzazione di attività assistenziali a favore di tale fascia di popolazione. A tale scopo il Gr.I.S. ha anche in atto una convenzione con l'APSS per garantire una prima visita medica all'arrivo nel territorio provinciale agli immigrati all'arrivo in Provincia, visite ginecologiche alle straniere con spe-

cifiche problematiche sanitarie e visite alle persone vulnerabili e non iscritte al SSP. In accordo con l'APSS, si è data piena attuazione alle scelte di "andare all'incontro" della fascia più vulnerabile degli immigrati - non solo richiedenti asilo - attraverso visite e collaborazioni di soci con le realtà territoriali (istituti di accoglienza, dormitori, mense, centri diurni, unità di strada) che accolgono immigrati e persone senza dimora, talora esposte a precarie condizioni socio-sanitarie.

Da due anni, inoltre, si cerca di garantire cure odontoiatriche di primo livello alle persone indigenti, con priorità alle donne e bambini, in collaborazione con l'Ordine degli Odontoiatri, il Comune di Trento e l'APSS: l'attività odontoiatrica si svolge per 2 volte al mese presso l'ambulatorio dedicato del Centro Servizi Sanitari di Trento.

stenti **Giuliana** ed **Elena**. Si sono poi affiancati a noi il dott. **Ettore Valesi**, il dott. **Ermanno Marchesi**, la dott.ssa **Sara Favot**, la dott.ssa **Anna Cristel**. Sono professionisti che operano in totale volontariato.

Il bisogno di cure odontoiatriche per questa fascia così indigente di popolazione è estremamente alto. Le storie personali, i drammi della migrazione, la povertà, le violenze, si incrociano con una assoluta mancanza di igiene orale. Apparentemente sembra assolutamente un male minore, ma alla lunga porta ad una totale distruzione della bocca e dei denti, con grossi problemi sia di alimentazione, di salute e non

I nostro ambulatorio nasce circa due anni fa per la volontà e la lungimiranza della dottoressa **Cecilia Bonifazi** che aveva coinvolto nel progetto il dott. **Renzo Barbacovi** con le sue assi-

da ultimo psicologici. Inoltre, intervenire per ripristinare una qualche decorosa masticazione comporta costi molto elevati.

Per l'elevatissimo numero di richieste di intervento, abbiamo dovuto fare delle scelte: tutti hanno diritto alle cure, ma ci siamo dati delle priorità. Non aveva senso intervenire in ordine di segnalazione, in questo modo le persone più fragili rimanevano per ultime.

Abbiamo deciso così di dare precedenza a donne e bambini, a minori non accompagnati, alle urgenze che ci segnala il PS.

È una scelta di investimento sul futuro.

L'educazione dei bambini è affidata quasi esclusivamente alle donne: curandole e insegnando a loro l'importanza del lavarsi i denti, confidiamo si inneschi un circuito positivo di cura anche verso i loro bambini.

I minori non accompagnati sono ragazzi giovani con dentature spesso molto forti che però degenerano rapidamente a contatto coi nostri cibi raffinati, con la carenza di frutta e verdura, con la presenza massiccia di zuccheri e fumo che diventano prepotentemente generi di conforto e compensazione. Anche curare loro speriamo sia ottima speranza per un futuro migliore.



Cecilia Bonifazi

Evidentemente non è possibile dimenticare le urgenze: fondamentale è togliere il dolore cercando di non togliere inutilmente i denti.

Il nostro ambulatorio, dato in uso dall'Azienda sanitaria, è però aperto solo quattro ore al mese. Non abbiamo purtroppo disponibilità maggiore dei riuniti. Una maggiore disponibilità di ambulatori e mezzi sarebbe sicuramente auspicabile viste le nostre già lunghe liste d'attesa.



—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

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

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

Antibiotico-resistenza, una pandemia silenziosa

Un convegno dell'Ordine dei Medici

“La resistenza agli antibiotici è attualmente un'emergenza diffusa su scala mondiale. Gli antibiotici sono farmaci salvavita e la loro scoperta è fra i più importanti progressi del XX secolo. Tuttavia, il loro uso improprio è purtroppo diffuso in tutti gli ambienti sanitari. Il convegno ha l'obiettivo di sensibilizzare operatori sanitari e i cittadini all'uso consapevole di questi farmaci”. Questo tema è stato al centro di un convegno, promosso dall'Ordine dei medici e degli odontoiatri e svoltosi il 7 ottobre a Trento.

Dal nuovo rapporto OCSE: una infezione su cinque è resistente al trattamento antibiotico causando 79.000 morti all'anno, 6.500 solo in Italia. Secondo la Review on Antimicrobial Resistance inglese, nel mondo entro il 2050 le infezioni batteriche saranno responsabili di 10 milioni di morti all'anno, superando il numero di morti per tumori, diabete, incidenti stradali, e diventeranno la prima causa di morte.

L'Italia è particolarmente colpita da questo fenomeno, che la pone ai primi posti in Europa in termini di elevata prevalenza di ceppi batterici resistenti e per mortalità attribuibile all'antibiotico-resistenza, ed anche per il consumo di antibiotici rispetto alla media europea, sia in ambito umano che veterinario. L'utilizzo eccessivo ed anche improprio degli antibiotici negli ultimi cinquant'anni ha esercitato una pressione selettiva sui batteri favorendo la selezione di ceppi resistenti e multiresistenti, con conseguente perdita di efficacia di molti di questi farmaci,

aumentando il rischio infettivo nelle procedure complesse (trapianti d'organo, terapia intensiva, chemioterapia per i tumori, procedure odontoiatriche, ecc.) e la difficoltà nel controllo anche delle infezioni comuni. Le proporzioni di resistenza sono tali che un'infezione su cinque ora è causata da batteri resistenti ai comuni antibiotici.

La crescente minaccia dell'antibiotico-resistenza richiede un intervento multidisciplinare secondo la visione One Health, che considera in modo integrato la salute umana, animale e ambientale. Sono fondamentali, per il contrasto al fenomeno, il coinvolgimento e la collaborazione di tutti i settori interessati (medici, odontoiatri, infermieri, veterinari, farmacisti ecc.).

Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Trento

convegno nazionale

**ANTIBIOTICO RESISTENZA:
UNA PANDEMIA SILENZIOSA**

Formazione e sensibilizzazione ai problemi dell'ambiente con ricadute sulla salute.

Sabato 7 ottobre 2023 dalle ore **8.15** alle ore **18.15**
Auditorium ITAS | Via Adalberto Libera, 13 | Trento

CON LA COLLABORAZIONE DI

OFI
Ordine dei Farmacisti
della Provincia di Trento

Ordine dei Farmacisti
della Provincia di Trento

Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

UNIVERSITÀ
DI TRENTO

CON IL CONTRIBUTO DI

FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



- Un team di **audioprotesisti** al tuo servizio, **sempre**
- Screening gratuiti in **120** farmacie
- **32** punti di contatto in **Trentino Alto Adige**
- La **tecnologia** più avanzata

CON ACUSTICA TRENTINA HAI MOLTO DI PIÙ

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



ACUSTICA TRENTINA
innanzitutto persone

■ Il piede diabetico in Trentino

All'ospedale di Rovereto il Centro per il trattamento

N

ella nostra provincia si stimano fino a 28000 pazienti diabetici, dei quali il 92% è rappresentato dal diabete tipo 2. L'incidenza del diabete nel nostro territorio è del 4% circa e sale al 16% se si considerano solo le fasce di età avanzata. Il tasso di ricovero ordinario per le persone affette da diabete è di 305/1000 pazienti anno, mentre il tasso di ricovero della popolazione non affetta da diabete è di 100/1000 pazienti all'anno, questo per far comprendere l'impatto sulla sanità trentina di questa patologia.

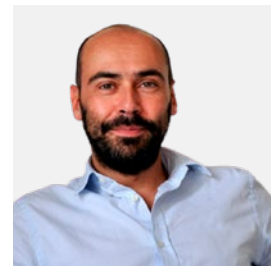
Tra le complicanze più temute e sempre più frequenti, si riconosce la sindrome del piede diabetico.

Il piede diabetico rappresenta l'esito finale di un processo evolutivo il cui esordio si manifesta con una condizione d'iperglicemia cronica e si estende fino a coinvolgere il sistema nervoso periferico, l'apparato vascolare e il sistema immunitario. L'accumulo di danni a carico di tali apparati definisce nel complesso un substrato favorevole allo sviluppo della lesione ulcerativa.

Secondo l'OMS questa patologia è la nona causa di morte a livello internazionale e recenti studi hanno mostrato una sopravvivenza a cinque anni pari al 50-60% nei pazienti con ulcera di nuovo riscontro.

L'espressione piede diabetico indica una patologia caratterizzata dalla presenza esclusi-

siva o concomitante di arteriopatia (micro e macro-angiopatia), neuropatia diabetica e infezioni, che determinano alterazioni anatomico-funzionali e biomeccaniche a carico della struttura del piede in soggetti affetti da diabete mellito in fase avanzata.



Stefano Bonvini

Queste complicanze sono l'elemento principale che espone al rischio di perdita d'arto, considerando anche il fatto che le amputazioni degli arti inferiori nell'85% dei casi sono precedute da un'ulcera.

Particolarmente importante è la complicanza vascolare poiché più del 90% dei pazienti con lesione trofica complessa che richiede un intervento presenta una sottostante arteriopatia obliterante, la quale può condurre a lesioni irreversibili che richiedono l'amputazione anche in assenza di neuropatia e/o infezione.

L'Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto è in Trentino il centro di III livello per il trattamento di questa patologia, con un gruppo multidisciplinare composto dalla Chirurgia Vascolare e dalla Diabetologia.

I Diabetologi del CAD (Centro antidiabetico) di Rovereto sono incentrati, per quanto riguarda l'attività del piede diabetico, nella gestione ambulatoriale delle lesioni non complicate, dei pazienti post-operati e nell'attività di screening / prevenzione, cooperando con i chirurghi nella gestione della terapia durante il ricovero.

I Chirurghi Vascolari, della sezione di Rovereto dell'UO multizonale, si occupano del trattamento dei casi più complessi. Nel reparto di Chirurgia Vascolare sono garan-

tite rivascolarizzazioni sia chirurgiche che endovascolari con le tecniche più innovative, a cui viene associata una chirurgia del piede complessa. Grazie a questa attività chirurgica multidisciplinare si è riusciti a raggiungere l'ambito risultato di un tasso di salvataggio d'arto tra i più alti in Italia con il minor tasso di amputazione maggiore.

Nel 2022 presso la Ch. Vascolare di Rovereto sono state emesse circa 1300 prestazioni ambulatoriali nell'ambulatorio chirurgico del piede diabetico a cui si associano più di 1500 prestazioni nell'ambulatorio divisionale. Sono stati eseguiti 207 interventi chirurgici sul piede, ed oltre 300 procedure endovascolari e 233 interventi di rivascolarizzazione chirurgica (TSA, bypass periferici, TEA femorale, interventi ibridi).

L'attività ambulatoriale è distribuita sulla settimana lavorativa con un ambulatorio dedicato al piede, attivo dal lunedì al venerdì mattina, un ambulatorio screening al pomeriggio e l'ambulatorio condiviso (chirurgo-diabetologo) il martedì sia al mattino che al pomeriggio.

Il paziente con necessità di un trattamento chirurgico viene ricoverato presso l'UOM di Chirurgia Vascolare, e durante la degenza il chirurgo si fa team leader supportato dai diabetologi e dagli infettivologi per quanto riguarda la terapia medica.

Il processo di guarigione di questi pazienti non si conclude in ospedale ma prevede un percorso extraospedaliero che richiede assistenza domiciliare da parte del personale sanitario territoriale; pertanto, per poter garantire un'assistenza di alto livello, risultati ottimali e la continuità di cura, risulta fondamentale la collaborazione con il personale medico e infermieristico preposto alle cure domiciliari che dovrebbe potersi confrontare liberamente con gli specialisti ospedalieri.

Per garantire la comunicazione tra ospedale e territorio è stato creato un indirizzo e-mail dedicato dove i medici di Medicina Generale, i Medici delle RSA, gli Infermieri dei servizi domiciliari e il paziente stesso possono contattare il team sia per un confronto che per richiedere una valutazione ambulatoriale (piedediabeticorovereto@apss.tn.it).

Questa modalità ci consente di avere un canale diretto finalizzato non solo a far accedere l'utente all'ambulatorio più appropriato (screening, piede diabetico, ambulatorio congiunto) ma anche a dare un supporto al personale medico e infermieristico territoriale che gestisce cronicamente i pazienti affetti da sindrome del piede diabetico.

Stefano Bonvini

Direttore U.O. Complessa multifunzionale di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare ospedale S. Chiara di Trento e S. Maria del Carmine di Rovereto



In lotta con il tempo E la sanità va in tilt

Un intervento della dottoressa Amadori al congresso AINAT

Ma si può visitare un paziente tenendo conto dei tempi micidiali imposti dalla burocrazia? Antonella Amadori, neurologa trentina, ha risposto a questa domanda al Congresso Nazionale dell'Associazione Neurologi Ambulatoriali e Territoriali, con un intervento che ha riscosso approvazione ed applausi. Il congresso si è svolto a Pompei ai primi di ottobre. Ecco quanto ha detto la dottoressa Amadori.

Ho 66 anni e mezzo e mai avrei immaginato, a questa età, di parlare dal palco di un Congresso: confido nell'indulgenza dell'uditorio.

Ringrazio il dr. Mariani per avermi dato l'opportunità di presentare queste mie considerazioni, frutto di ricerca casalinga, nata alla fine del 2015, quando una caposervizio tagliò il tempo dei miei controlli.

Ho tentato di adattarmi, ma non ci sono riuscito e sforavo puntualmente il tempo assegnato; quando la mia emicrania si cronicizzò ed ebbi la sensazione che i miei pazienti fossero diventati tutti antipatici, capii di essere in burnout perché in quell'ambulatorio lavoravo in affanno.

Riguardai il nostro contratto, ma fu la rilettura del Codice Deontologico che mi diede la motivazione e il coraggio di coinvolgere i Rappresentanti sindacali e scrivere ai dirigenti rivendicando il diritto/dovere di dare ad ogni paziente l'attenzione che ritenevo necessaria per tutto il tempo che ritenevo necessario: il tempo della comunicazione è tempo di cura.

Nel 2017 arriva la legge 219 sul consenso informato e nel 2018 la sentenza del TAR che annulla il tempario imposto dalla Regione Lazio per le prestazioni specialistiche citando, fra l'altro, il nostro Codice Deontologico ma c'è voluto il Covid per rimettere, anche se solo in parte, le cose a posto.



Antonella Amadori

Durante il lockdown, i tempi delle visite e dei controlli erano tutti stati portati a 45 minuti e quando, alla fine dell'emergenza, il tempario è stato ripristinato, la battaglia è ripresa, avendo in più, nella mia faretra, la legge dello Stato del 2017 e la sentenza TAR del 2018.

La prima volta che sentii il precetto: "guarire quando è possibile, curare sempre, in ogni caso consolare (?!)", mi sembrò una romantica castroneria, fino a quando, per puro caso, ebbi modo di verificarne il pragmatismo.

Negli anni 80 abitavo a S. Spirito di Bari, in un condominio abitato quasi esclusivamente d'estate. In una tarda serata d'autunno inoltrato, mi telefonarono dall'albergo vicino per sapere se fossi disponibile a fare un'intramuscolo ad una sig.ra che stava male. Squattrinata com'ero, accettai con entusiasmo, ma non volevo comportarmi da mera esecutrice e, prima di fare l'iniezione, le feci un po' di anamnesi: la sig.ra era siciliana, emicranica da sempre e, dopo aver consultato tutti i Centri cefalee allora presenti in Italia – senza trarre alcun beneficio da tutte le profilassi e terapie prescritte – aveva deciso di rivolgersi al

mago Cutolo che all'epoca andava per la maggiore a Bari; l'ascoltai pazientemente, le feci l'esame obiettivo, guardai gli esami che aveva fatto; passata un'oretta, pensai che fosse arrivato il momento giusto per fare l'iniezione (e per chiedere un onorario degno della visita domiciliare serale di un medico), ma la sig.ra mi disse che la puntura non era più necessaria perché il mal di testa le era passato. Ne fui sorpresa, ma feci tesoro dell'esperienza e iniziai la costante formazione all'uso di questo prezioso e potente strumento chiamato "comunicazione" citato, a distanza di molti anni, dalla legge dello Stato 219/2017, che peraltro prevede anche la formazione del personale all'acquisizione di questa competenza.

Da specialista ambulatoriale convenzionata interna, sono responsabile in prima persona delle funzioni e dei compiti previsti dal nostro contratto.

Ma come conciliare questo con l'esigenza di tagliare le liste d'attesa? La sentenza TAR esclude esplicitamente che la soluzione possa essere la riduzione del tempo da dedicare ad ogni singola visita/esame.

Sta di fatto che, nonostante la deontologia, la legge dello Stato, l'ACN, il ricorso vinto al TAR dal SUMAI con l'intervento ad adiuvandum anche della FNOMCeO, in alcune Aziende il tempo della visita viene imposto d'ufficio e tale imposizione viene subita da chi ha giurato di esercitare la professione in autonomia, contrastando ogni indebito condizionamento ma è indebito? Anche a questo risponde il Codice Deontologico: secondo art. 68 CD in caso di contrasto tra le regole deontologiche e quelle della struttura in cui si opera, siamo tenuti a sollecitare l'intervento dell'Ordine. E così ho scritto al Presidente per sapere se dovessi continuare ad agire secondo coscienza oppure sottomettermi alle direttive aziendali.

In risposta al mio quesito, il Presidente, con il mio benestare, pubblicò la mia lettera sul Bollettino dell'Ordine.

Leggo una buona parte del testo:

Buongiorno Presidente,

Spesso ho sentito dire che il nostro è il mestiere più bello del mondo e, pur essendo pienamente d'accordo con Lei, ho verificato sulla mia pelle quanto possa essere demotivante essere trattata come un'operaia alla catena di montaggio: le liste d'attesa devono essere abbattute e il tempo di visita viene tagliato d'ufficio, nonostante la sentenza TAR Lazio 6013/2018 stabilisca diversamente, assumendo i relativi principi della nostra Deontologia.

Sono neurologa ambulatoriale e il tempo medio delle mie visite non può essere inferiore a 35 minuti, a volte meno, spesso anche di più. L'ascolto è la fase più impegnativa: molti dei miei pazienti hanno più patologie e talvolta pasticciano la terapia e poi ce ne sono tanti che, dietro un dolore fisico, hanno storie tremende e un disperato bisogno di raccontarle a qualcuno che li accolga. Ci sono molti modi di fare una visita, si sa. Ascoltare la sofferenza, spiegare e motivare è faticoso e richiede tempo: ho speso anni di formazione per imparare. Devo rinunciare ad usare questa competenza?

Abbiamo giurato di esercitare la medicina in autonomia di giudizio e responsabilità di comportamento, contrastando ogni indebito condizionamento che limiti la libertà e l'indipendenza della professione, ma come si concilia questo con le esigenze aziendali? Il tempo della visita è tempo di terapia e, come per qualunque altra terapia, è compito mio stabilire la posologia, ma le pressioni sono tante. Si sa che i medici scarseggiano e quando è stato ridotto l'accesso alla facoltà di Medicina si sapeva che questo sarebbe successo: dobbiamo permettere una progressiva erosione dei tempi di visita per ridurre le liste d'attesa? Riduzione solo apparente, perché chi non si sente ascoltato spesso non assume la terapia prescritta e chi continua a stare male va ad intasare altre liste d'attesa.

Impressionante la metamorfosi di alcuni colleghi che, brave persone, da dirigenti aziendali diventano coriacei e sospettosi esattori di prestazioni; un neopensionato di una grossa azienda mi ha detto che questo è un fenomeno noto e definito "effetto Lucifero"...

All'interno dell'Azienda esiste la Consigliera di fiducia, ma non sono sicura che le sia possibile mettere in discussione l'impostazione di alcuni comportamenti tradizionalmente premiati. Come Einstein insegna, non si risolvono i problemi utilizzando gli stessi criteri che li hanno generati.

Le mie preoccupazioni sono esagerate? Mi affido al Suo giudizio e, se Lei ritiene che sia il caso, mi sottometterò alle imposizioni aziendali...

La questione medica... i medici umiliati diventano medici demotivati e i nostri pazienti (compresi noi quando ci ammaliamo e ci rivolgiamo alle Strutture pubbliche senza farci riconoscere dai colleghi) ne fanno le spese.

Sono all'antivigilia del pensionamento e non voglio dovermi rimproverare di non aver almeno tentato di scardinare quei presupposti che possono strapparci dall'anima la passione per questo nostro lavoro... il più bello del mondo.

Ovviamente il Presidente non pubblicò le referenze che gli avevo inviato e cioè l'attestato della mia prima formazione esperienziale biennale all'ascolto empatico né la lettera di una paziente che mi ringraziava di aver cercato la causa dei suoi molti disturbi, dopo due anni di inutili palleggiamenti da un ambulatorio all'altro; di tutte le manifestazioni di gratitudine, questa rimane la più significativa perché l'esasperazione con la quale questa signora urlava il suo dolore me l'aveva fatta classificare "funzionale"; ringrazio i Maestri che mi hanno insegnato a verificare le ipotesi

diagnostiche, sottolineando che anche i "funzionali" possono avere gravi patologie d'organo. Dagli accertamenti emerse che la sig.ra aveva metastasi da tumore primitivo sconosciuto.

Alla fine, il tempario di 30 min. è rimasto, ma è stato concesso uno spazio di 30 min. a metà giornata a disposizione dell'ambulatorio più 30 min. a fine turno per le consultazioni telefoniche, spazi che di fatto quasi sempre utilizzo per ammortizzare il ritardo che inevitabilmente si accumula.

In conclusione: dopo il Codice Deontologico, la legge dello Stato e la sentenza TAR, spero che anche le Linee Guida delle nostre Società Scientifiche ribadiscano l'inviolabile autonomia del medico e la funzione terapeutica della comunicazione e che attivino corsi esperienziali di formazione all'acquisizione di questa competenza (non fosse altro che per attuare in qualche modo la legge 219/2017).

Nessuno di noi ha preso l'abilitazione all'esercizio della professione e nemmeno la patente di guida senza aver fatto pratica con un formatore qualificato: perché l'empatia dovrebbe essere una competenza che matura in maniera del tutto autonoma a partire dal talento naturale? Se consideriamo che sono andati a bottega anche Giotto e Leonardo, forse possiamo andarci anche noi.

Antonella Amadori

Neurologa SAI (specialista ambulatoriale interna)



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



LAVORO

OFFERTA DEDICATA

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



CASA

-20%

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



MOBILITÀ

- COSTI
+ SERVIZI

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



PROTEZIONE

FINO AL -20%

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



RISPARMIO

+ VANTAGGI

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



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

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

TI ASPETTIAMO IN AGENZIA

ASSITRE

di Avi Federico, Fondriest Alessandro e Vecchi Riccardo

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

Violenza ai medici, tema di attualità

Oltre la legge Basaglia

C

aro Presidente,

raccogliendo il Tuo invito intervengo anch'io sul triste fenomeno della violenza a danno dei medici dopo aver letto la presa di posizione del dott. Alfredo Vivaldelli (pubblicata sul bollettino n. 3/2023 dell'Ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Trento) che condivido nella sua integralità non essendo accettabile che si psichiatrizzi anche questa questione e che essa venga addirittura strumentalizzata per mettere in discussione i principi informatori della riforma Basaglia del 1978: riforma che, con la sua originalità, ha accompagnato i tanti ammalati psichiatrici in processi di cura compatibili con i nostri valori costituzionali (artt. 2, 3, 13 e 32 Cost.).

Ricordo subito che gli atti di violenza contro i medici, al di là dell'episodio drammatico avvenuto recentemente a Pisa, non sono così una novità come testimoniano altri numerosissimi fatti di cronaca accaduti nel nostro Paese e come confermato dal fatto che già nel 2002 l'Organizzazione mondiale della sanità, l'International Labour Organization, l'International Council of Nurses e il Public Services International pubblicarono un documento congiunto con l'obiettivo di promuovere lo sviluppo di una politica per la sicurezza sul lavoro. Con risultati purtroppo deludenti nonostante il nostro Paese abbia inserito gli atti di violen-

za contro chi opera nel campo della cura nella lista degli eventi avversi che devono essere segnalati all'Osservatorio nazionale degli eventi sentinella del Ministero della salute per il tramite della piattaforma a ciò dedicata (il SIMES), come espressamente previsto dal decreto ministeriale 11 dicembre 2009 con il quale è stato istituito il sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità.



Fabio Cembrani

Gli indicatori statistici reperibili in letteratura confermano che i tassi più elevati di danni causati da episodi di violenza nei luoghi di lavoro si registrano nel comparto sanitario e in quello sociale, che i professionisti di questi settori della cura hanno un rischio che è di gran lunga superiore (5 volte) rispetto a quello registrato negli altri ambienti lavorativi, che gli episodi di violenza nel settore sanitario rappresentano circa un quarto di tutti gli eventi violenti accaduti nei luoghi di lavoro e che il trend di questo tristissimo fenomeno è in continuo aumento a causa dell'aumento dei carichi di lavoro, dello stress lavorativo, del deterioramento delle relazioni interpersonali, dell'incertezza sociale, delle restrizioni economiche che hanno messo in crisi l'universalità del nostro sistema di welfare e del sovvertimento dei presupposti fondamentali della relazione di cura dovendo aver contesa dell'esistenza di persone che, a parità di problemi, vanno dall'avvocato e di altre che picchiano il medico. L'Organizzazione mondiale della sanità ha stimato tra l'8% e il 38% il numero dei professionisti sanitari che hanno subito una violenza fisica nel corso della loro vita lavorativa a cui sono da aggiungere quelli sottoposti a minaccia o ad aggressione verbale; i professionisti più esposti sono quelli che lavorano nei dipartimenti di emergenza e della salute mentale ma anche quelli che si occupano dell'assistenza degli anziani nelle strutture di long term care e dell'assistenza domiciliare. Una complessa e relativamente recente meta-analisi

effettuata su 47 studi osservazionali ha dimostrato che la prevalenza della violenza sul posto di lavoro contro gli operatori sanitari sarebbe del 62,4%: l'abuso verbale è la violenza più frequente (61,2%) seguita dalla violenza psicologica (50,8%), dalla minaccia (39,5%), dalla violenza fisica (13,7%) e dalle molestie sessuali (6,3%).

Nel nostro Paese, nonostante l'esistenza di sistemi strutturati per la segnalazione di questi eventi, i dati statistici esprimono solo parzialmente la reale entità del fenomeno come conferma l'esiguo numero di casi riportati nel 4° Rapporto di monitoraggio degli eventi sentinella pubblicato sul sito del Ministero della salute che riporta solo 130 casi (il 9,02% del totale). Quando la Sovrintendenza sanitaria centrale dell'INAIL ha documentato, nel quinquennio 2015-2019, quasi 11 mila casi di aggressione a danno del personale sanitario il 9% di tutti gli infortuni sul lavoro), avvenuti nelle strutture di diagnosi e cura (41%), nelle strutture di assistenza residenziale (31%) ed in quelle non residenziali (28%). I responsabili delle aggressioni, nel 90% dei casi, non sono stati i pazienti sottoposti alla cura ma i loro famigliari o conoscenti. Vittime degli episodi di violenze sono soprattutto le donne (71% dei casi) mentre per entrambi i generi il Report dell'INAIL evidenzia che il 23% dei casi interessa gli operatori sanitari di età anagrafica inferiore a 34 anni, il 39% quelli da 35 a 49 anni, il 37% da 50 a 64 anni e l'1% oltre i 64 anni. Oltre un terzo delle violenze riguarda gli infermieri e gli educatori professionali impegnati nei servizi educativi e riabilitativi dedicati ai minori, tossicodipendenti, alcolisti, carcerati, disabili, pazienti psichiatrici e anziani all'interno di strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative. Seguono, con il 29% dei casi, gli operatori socio-sanitari nei servizi sanitari e sociali e, con il 16%, le professioni qualificate nei servizi personali e assimilati, soprattutto operatori socio-assistenziali e assistenti-accompagnatori delle persone con disabilità. Meno rappresentati sono, invece, i medici vittime di violenza (3% dei casi) anche se questo dato è sicuramente sottostimato perché all'obbligo assicurativo contro gli infortuni sul lavoro non sono tenuti né i medici di medicina generale né i pediatri di libera scelta né, ancora, i medici che lavorano in libera professione.



Tutto questo conferma come sia un gravissimo errore la psichiatrizzazione della violenza a danno di chi lavora nel campo della salute perché tutti gli indicatori statistici disponibili confermano che si tratta di un fenomeno trasversale a tutti i luoghi della cura, ancora sottovalutato e per lo più mal affrontato nonostante l'inasprimento delle sanzioni penali previste per gli autori del reato, e adottate più per placare le ansie e le preoccupazioni dei professionisti medesimi che per migliorare la situazione. Un primo intervento si è concretato con l'approvazione della legge 14 agosto 2020, n. 113 recante 'Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni' all'esito di un percorso parlamentare lungo e difficile, durato quasi due anni. Quella legge, entrata in vigore il 24 settembre 2020, si compone di 10 articoli che esplicitano l'ambito della sua applicazione e le categorie delle persone offese alle quali la norma assicura tutela (art. 1). Per poi introdurre una sanzione amministrativa da 500 a 5.000 Euro per "le condotte violente, ingiuriose, offensive o moleste" a danno di "personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria" (art. 9) dopo aver modificato, con il precedente art. 4, l'art. 583-quater della legge penale prevedendo: (a) la reclusione da quattro a dieci anni per le lesioni personali gravi cagionate agli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie "nell'esercizio o a causa delle funzioni di servizio nonché a chiunque svolta attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso funzionali allo svolgimento di queste professioni nell'esercizio o a causa di tali attività"; (b) la reclusione da otto a sedici anni per le lesioni personali gravissime commesse con violenza a danno degli stessi professionisti; (c) una nuova circostanza aggravante comune per i delitti commessi a danno degli stessi soggetti con violenza o minaccia in presenza della quale i reati di percosse e le lesioni personali sono procedibili d'ufficio e non più a querela di parte. L'obiettivo generale della norma è stato così quello di sanzionare in maniera particolarmente severa i comportamenti violenti a danno di chi esercita una professione sanitaria, socio-sanitaria e di ausilio nel campo della salute senza però affrontare i reali motivi che hanno condotto i pazienti a sovvertire taluni presupposti della relazione di

cura, come il rispetto, l'affidamento, il riguardo per le competenze annesse allo status professionale intervenendo anche sulla procedibilità dei reati di percosse (art. 581 c.p.) e di lesioni personali lievi (art. 582, comma 2, c.p.).

Un ulteriore passo per il contrasto della violenza a danno di chi presta servizio nel campo della cura è stato successivamente compiuto dal legislatore con l'approvazione del decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34 (c.d. 'decreto bollette') che, all'art. 16, ha riformulato l'art. 583-quater, comma 2, della legge penale inasprendo le pene per le lesioni personali semplici commesse ai danni di queste persone. Questo il nuovo testo dell'art. 583-quater, comma 2, c.p.: "[n]ell'ipotesi di lesioni cagionate al personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria nell'esercizio o a causa delle funzioni o del servizio, nonché a chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, nell'esercizio o a causa di tali attività, si applica la reclusione da due a cinque anni. In caso di lesioni personali gravi o gravissime si applicano le pene di cui al comma primo" – ossia la reclusione da quattro a dieci anni, per le lesioni gravi, e la reclusione da otto a sedici anni, per le lesioni gravissime: pene che il comma primo dell'art. 583-quater c.p., invariato, prevede per le lesioni cagionate a un pubblico ufficiale in servizio di ordine pubblico in occasione di manifestazioni sportive. L'intenzione del legislatore dell'urgenza è del tutto chiara ed essa emerge in termini oltremodo espliciti nel dossier predisposto dal Centro Studi del Senato ("rafforzare il sistema normativo penale posto a tutela del personale sanitario e socio-sanitario nonché del personale ausiliario nell'esercizio delle proprie funzioni o servizio o attività, in considerazione degli episodi di violenza più volte verificatisi nelle strutture sanitarie") anche se poi il testo del provvedimento pecca di irragionevolezza in punto di procedibilità perché, a fronte della procedibilità a querela delle lesioni personali semplici previste come reato autonomo, le percosse restano nell'alveo degli illeciti procedibili d'ufficio "in forza del medesimo richiamo che l'art. 8581 c.p. fa dell'aggravante dell'art. 61 c.p., n. 11-octies".

C'è da chiedersi se queste misure siano la giusta soluzione, capace di intendere la criticità della situazione. Io penso non lo sia e che oggi occorra agire su altre leve a partire dalla responsabilità affidata al decidere politico che non ha ancora maturato il coraggio di invertire quella rotta di tendenza che ha progressivamente defanziato il nostro Servizio sanitario a partire dal Governo tecnico presieduto da Mario Monti. Accanto a questa responsabilità c'è però anche quel-

la affidata ai management sanitari che su questa questione si devono impegnare in maniera più strutturata senza quella continua delega delle loro responsabilità generali troppo spesso focalizzate sulle sole esigenze di bilancio. E c'è, infine, una responsabilità che le linee aziendali, a partire dai direttori delle singole articolazioni funzionali, si devono finalmente assumere nella individuazione dei fattori di rischio, nella eventuale modifica dell'organizzazione della turnistica di lavoro, nella messa in atto delle azioni possibili per il contenimento del rischio, nella reportistica periodica degli incidenti (non solo degli eventi indesiderati ma anche dei quasi-eventi) e nella individuazione degli attori esterni che vanno coinvolti ogni qual volta si deve agire per mettere in sicurezza gli ambienti di lavoro dotandoli, se necessario, di apparecchi di impianti di video-sorveglianza a circuito chiuso con registrazione sulle 24 ore, di idonee vie di fuga utilizzabili nel caso di aggressione, di impianti di allarme o altri dispositivi di sicurezza (pulsanti antipanico, allarmi portatili, telefoni cellulari, ponti radio) nei luoghi dove il rischio è elevato con la disponibilità di un sistema di pronto intervento nel caso in cui l'allarme venga innescato e di personale specificatamente addetto alla sorveglianza.

Senza sinergia di interventi saremmo sicuramente costretti ad essere testimoni di altri fatti di cronaca e l'augurio di tutti è che essi non siano altrettanto drammatici come quelli accaduti a Pisa e precedentemente a Bari perché non possiamo dimenticare che un'altra psichiatra venne aggredita, il 4 settembre 2013, da una persona che pretendeva il rilascio di un certificato utile a fargli ricevere una pensione di invalidità e dalla stessa uccisa con un coltello da cucina nel Centro di salute mentale del quartiere Libertà di quella città in cui non erano state messe in atto idonee misure per il contenimento del rischio. E non banalizziamo le questioni complesse della modernità utilizzandole strumentalmente per finalità non dichiarate!

Fabio Cembrani

Medico legale già direttore U.O. di Medicina Legale APSS



Dai pipistrelli alla ecocardiografia

Storia delle tecnologie ad ultrasuoni ed un caveat per i giovani medici

La ecografia è attualmente una delle indagini strumentali più diffuse in medicina per la alta resa diagnostica, la non invasività, la facile accessibilità, la applicabilità a quasi tutti gli organi ed il basso costo. Essa si fonda sulla fisica degli ultrasuoni (onde sonore al di fuori della gamma percepibile dall'orecchio umano) di cui sfrutta la capacità di "ritornare indietro" quando trovano un ostacolo e di poter essere "raccolti" ed elaborati per riprodurre l'organo bersaglio dopo una accurata elaborazione dei segnali a cura di software dedicati: un po' come l'eco della voce che ritorna indietro modificato a seconda della superficie che incontra. Fu l'abate pavese Lazzaro Spallanzani, studiando i pipistrelli, a scoprire, inconsapevolmente, gli ultrasuoni nel 1794. Sospettendo che la capacità dei pipistrelli di volare al buio non fosse dovuta agli occhi, ma ad un "organo" capace di far loro rilevare gli ostacoli, lo dimostrò accecando alcuni di essi e liberandoli in uno stanzone buio irto di ostacoli e di funi pendenti dal soffitto e constatando che essi non ci sbattevano dentro. Così egli concluse l'esperimento: "Penso che al difetto degli occhi supplisca un novello organo che non abbiamo noi, e del quale in conseguenza non potremo mai avere idea". Quello che per Spallanzani era un mistero fu chiarito un secolo e mezzo dopo, tra la fine degli anni 30 e l'inizio degli anni '40 del secolo scorso, da due etologi della Harvard University, Donald Redfield Griffin e Robert Galambos, che, studiando la ecolocalizzazione animale, dimostrarono che i pipistrelli emettono e sono capaci di udire suoni a frequenza superiore rispetto a quelli percepiti dall'orecchio umano e che usano la ecolocalizzazione per evitare accuratamente gli ostacoli, cosa che "non erano in grado di fare con la bocca o le orecchie chiuse". In altre parole: i pipistrelli hanno la capacità di emettere ultrasuoni a varia lunghezza d'onda e di riceverne gli echi (generati dall'incontro con ostacoli di varia natura), che poi, elaborati dal loro cervello, generano le informazioni utili per discernere la natura di un ostacolo: insetto da predare o ostacolo da evitare. Ancor prima degli studi di Griffin e Galambos sui pipistrelli,

un passo decisivo per la ricerca e lo "sfruttamento" degli ultrasuoni fu fatto nei primi anni '80 del 1800 con la scoperta dell'effetto piezoelettrico ad opera dei fratelli Curie, Pierre (che con la moglie Marie più tardi scoprì la radioattività) e Paul-Jacques, mineralogista. Essi, dopo aver scoperto che i cristalli di quarzo in conseguenza di una pressione generano un potenziale elettrico (cosiddetto effetto piezoelettrico "diretto"), sviluppando una ipotesi formulata dal fisico loro connazionale Gabriel Lippmann, nel 1881 scoprirono che un potenziale elettrico, applicato ad un cristallo di quarzo, provoca espansioni e contrazioni e produce vibrazioni che si trasmettono all'ambiente in forma di onde sonore ad alta frequenza, gli ultrasuoni appunto (cosiddetto effetto piezoelettrico "indiretto" o effetto Lippmann). Le prime applicazioni "pratiche" degli ultrasuoni furono il coronamento degli sforzi fatti dalle compagnie di navigazione per dotare le navi di uno strumento atto ad emettere ultrasuoni per individuare, rilevandone l'eco, la presenza di eventuali ostacoli a seguito del forte impatto emotivo suscitato dal disastro del Titanic che nel 1912 andò a sbattere contro un iceberg inabissandosi. Le ricerche in America dell'ingegnere canadese Reginald Fessenden e in Europa dell'ingegnere tedesco Alexander Behm portarono allo sviluppo dell' "ecoscandaglio" (Behm ottenne il brevetto in Germania e successivamente fondò la Behm Echo Sounding Company a Kiel) evoluto poi nel SONAR (SOund Navigation And Ranging, Navigazione e Misurazione di distanza per mezzo del Suono) passando per l'idrofono (un apparecchio fatto da due piastre di metallo con dentro un cristallo di quarzo) di Costantin Chilowsky e Paul Langevin (quest'ultimo fu collaboratore dei coniugi Curie e al centro delle cronache dopo la morte di Pierre per la sua relazione con Marie). La Prima guerra mondiale, con il largo impiego di sommergibili, fu l'occasione per migliorare ed affinare la capacità di rilevare ostacoli sottomarini misurandone anche la massa e la distanza. Con il relativo declino della importanza dei sottomarini, con la Seconda guerra mondiale, l'interesse per gli ultrasuoni in campo nautico e militare cominciò a scemare specie con la comparsa del RADAR (Radio Detection And Ranging, rilevamento e



Giuseppe Vergara

misurazione di distanza) che utilizza le onde elettromagnetiche, non gli ultrasuoni. Ma intanto altre e forse più importanti prospettive, si aprivano per l'impiego degli ultrasuoni a beneficio dell'umanità.

La nascita della ecografia

Stranamente la prima applicazione in medicina degli ultrasuoni fu, negli anni '30 del secolo scorso, l'impiego terapeutico in patologie di varia natura (ulcera, angina pectoris, emorroidi ecc.). Fu un impiego non basato sulla evidenza e, ovviamente, senza risultati utili, un impiego "irragionevole" che ricorda quanto accaduto alla elettricità, di recente scoperta, tra la seconda metà del 1700 e la prima metà del 1800, quando si diffuse il galvanismo (applicazioni di corrente elettrica in varie parti del corpo per la cura di svariate malattie e sintomatologie) con risultati nulli o controproducenti. Per fortuna, a differenza che per l'impiego in medicina della elettricità, che, caduto in mano ai ciarlatani (il fenomeno è ricordato come electro quackery) ha perso di credibilità bloccando per quasi un secolo le ricerche sull'impiego "razionale e virtuoso" della elettricità (così ritardando lo sviluppo, ad esempio, del defibrillatore e del pacemaker), l'uso "irragionevole" degli ultrasuoni non compromise lo sviluppo del loro impiego in medicina. Abbandonato negli anni '40 l'impiego terapeutico (ripreso poi, in anni a noi più vicini, per alcune patologie selezionate) la ricerca imboccò la strada più razionale della diagnostica, la ecografia, appunto. Si deve al neuropsichiatra austriaco Karl Theodore Dussik la prima applicazione della ecografia nell'uomo: nel 1942, studiando i tumori cerebrali ne localizzò sede e dimensioni evidenziando anche i ventricoli cerebrali. Questa prima (e un po' naïf) applicazione clinica nell'uomo della ecografia, pur in un campo, la patologia di un organo racchiuso in una scatola ossea, non "ideale", ebbe il merito di stimolare l'interesse di numerosi ricercatori che ne estesero l'impiego ad altri organi. Nel 1949 John Julian Wild, medico americano di origine inglese con il pallino delle invenzioni, violando un segreto militare (da medico militare durante la Seconda guerra mondiale aveva ideato il "tubo di Wild" per lo studio delle lesioni intestinali causate dalle bombe volanti V1 tedesche), ha applicato la tecnologia basata sugli ultrasuoni allo studio dei tumori intestinali e della mammella. Il suo articolo "Use of High Frequency Ultrasonic Waves for Detecting Changes of Texture in Living Tissues", comparso sulla prestigiosa rivista The Lancet nel marzo del 1951, segna l'inizio della ecografia clinica di cui Wild è considerato il padre fondatore. Aperta la strada, cominciò la applicazione della ecografia nei vari ambiti specialistici: dopo i cardiologi (della ecocardiografia tratteremo più diffusamente in seguito), furono i ginecologi, nella seconda metà degli anni '50, con Jan Donald, a Glasgow, ad applicare gli ultrasuoni dapprima allo studio delle cisti ovariche e successivamente allo studio della evoluzione della gravidanza con le prime immagini di un feto dentro l'utero materno apparse nel suo lavoro "Investigation of abdominal masses by pul-

sed ultrasound" pubblicato nel 1958 su The Lancet. Tra gli ultimi a pensare all'applicazione degli ultrasuoni, (ovviamente non per demerito, ma per la complessità della applicazione), furono gli anestesisti che, a partire dalla fine degli anni '70, hanno perfezionato la tecnica oggi ampiamente diffusa per l'esecuzione di blocchi nervosi periferici in modo rapido e sicuro.

La nascita e lo sviluppo della ecocardiografia

L'applicazione della ecografia alla cardiologia inizia nei primi anni '50, poco dopo la pubblicazione dello storico lavoro di Wild su The Lancet ed è merito di Inge Gudmar Edler e di Carl Hellmuth Hertz, entrambi svedesi, medico presso la università di Lund il primo, fisico il secondo, che già da studente lavorava con gli ultrasuoni presso i cantieri navali di Malmoe per testare la integrità e le caratteristiche dei metalli da impiegare nel cantiere. Siamo nel 1953, un anno singolarmente propizio alle grandi coppie: dopo Hillary e Tenzing, i conquistatori dell'Everest, e Watson e Crick, gli scopritori della doppia elica del DNA, è ora la volta di questa straordinaria coppia di ricercatori svedesi. Edler era alla ricerca di una metodologia "efficiente ed efficace" per la valutazione preoperatoria dei pazienti con stenosi mitralica da sottoporre ad intervento cardiocirurgico di commissurotomia (il solo all'epoca praticabile) e, insoddisfatto dei risultati ottenibili con i mezzi a disposizione, compreso il "giovane" cateterismo cardiaco, per individuare i pazienti con associata significativa insufficienza valvolare (da escludere dall'intervento!) pensò agli ultrasuoni come "mezzo" per evidenziare e quantificare la espansione della parete dell'atrio sinistro sotto l'onda del reflusso mitralico legato alla insufficienza valvolare. Hertz era un giovane e brillante fisico cui non mancavano certamente i geni "giusti" per la ricerca essendo figlio di Gustav, premio Nobel per la fisica del 1925 e pronipote di Heinrich Hertz, lo scopritore delle onde elettromagnetiche. L'incontro fra i due, nella Svezia sostanzialmente "risparmiata" dalla catastrofe della seconda guerra mondiale, fu sollecitato da Edler a conoscenza degli studi che Hertz conduceva con gli ultrasuoni nei cantieri navali di Malmoe ed il travaglio che porterà alla nascita della ecocardiografia iniziò nel maggio 1953, con la registrazione degli echi provenienti dal cuore di Hertz da lui stesso ottenuta con un sonar preso in affitto da un cantiere navale (secondo alcuni "prestato" dalla Siemens): l'immagine, pur rudimentale, accese l'entusiasmo di Edler tanto che i due decisero di lavorare insieme. Da questa collaborazione tra medico e fisico nacque uno strumento chiamato "reflettoscopio ultrasonico", frutto delle modifiche da loro apportate allo strumento affittato (o prestato) che, sottoposto a continui miglioramenti fu il mezzo che portò a nuove conquiste. Dello stesso anno, il 1953, sono la prima registrazione continua dei movimenti delle pareti cardiache e la prima documentazione ecocardiografica di una stenosi mitralica. La collaborazione Edler-Hertz continuò negli anni successivi con puntuali report sulle nuove "conquiste", ma anche con

grandi difficoltà. Come spesso accade, di fronte ad una novità “rivoluzionaria”, la comunità scientifica reagì con scetticismo o indifferenza. Nel 1956 Edler incontrò il più famoso cardiologo dell'epoca, Paul Dudley White della Harvard University in visita a Lund e gli illustrò la nuova tecnica ricevendo un educato e sintetico freddo apprezzamento: “un metodo ingegnoso”. Più tardi, sempre nel 1956, Edler ebbe modo di illustrare la nuova tecnica ad André Counrand, in visita a Lund dopo aver ricevuto il premio Nobel a Stoccolma, ma, nonostante le attese (Counrand, fresco di Premio Nobel per il cateterismo cardiaco, aveva tutti gli elementi per “apprezzare” la nuova tecnologia cardiologica e le sue potenzialità) restò deluso per lo scarso interesse per la nuova metodica mostrato dal padre del cateterismo cardiaco. Di fronte a questa “insensibilità” della comunità cardiologica internazionale, Edler cominciò a vacillare ed in preda alla delusione abbandonò per un po' anche la scrittura della sua tesi di dottorato e si trasferì in un piccolo ospedale della zona. Ritornò a Lund nel 1961 ed il suo lavoro per la tesi di dottorato ebbe una grande risonanza tanto da essere la base per la prima ampia rassegna comparsa in letteratura sull'impiego degli ultrasuoni in cardiologia comparsa su *Acta Medica Scandinavica* nel 1961 sempre ad opera di Edler (“The use of ultrasound as a diagnostic aid, and its effects on biological tissues. Continuous recording of the movements of various heart-structures using an ultrasound echo-method”). Edler può essere considerato il padre della ecocardiografia anche se i suoi studi sono quasi esclusivamente limitati alla valvola mitrale. Ma fu una scelta “obbligata” (e altamente meritoria) se consideriamo la cornice, altamente clinica, in cui essi sono maturati. Siamo nei primi anni '50 del secolo scorso, la regina della epidemiologia e della clinica in cardiologia era la stenosi mitralica e Lund era uno dei Centri cardiocirurgici più all'avanguardia in Europa per il trattamento di questa cardiopatia. Il buon esito dell'intervento, la commissurotomia con il dito, era strettamente legato alla assenza di insufficienza valvolare significativa e per questo i cardiocirurghi avevano bisogno di una valutazione preoperatoria accurata per escludere dall'intervento i pazienti con stenosi associata a insufficienza. La valutazione preoperatoria con il cateterismo cardiaco era, all'epoca, con la tecnologia e le utilities disponibili, poco soddisfacente oltre che estremamente impegnativa e pertanto, Edler, direttore del laboratorio cardiovascolare della università su cui gravava l'onere della valutazione preoperatoria dei candidati all'intervento di commissurotomia, “fu costretto” a sondare altre strade. Pensò inizialmente alla “reocardiografia”, (lo studio dei cambiamenti della impedenza elettrica toracica durante il ciclo cardiaco), ma deluso per gli scarsi risultati, acquisito (anche grazie a questi studi) il concetto che il rigurgito mitralico provoca una espansione delle pareti dell'atrio sx che correla con la entità del reflusso e a conoscenza dell'impiego degli ultrasuoni per rilevare ostacoli alla navigazione, coinvolse i fisici per esplorare la possibilità di ottenere frequenze elevate tanto da poter rilevare ostacoli a breve distanza. Ebbe la “fortuna” di imbattersi nel giovane

Hertz, come abbiamo già detto. Il sodalizio Edler-Hertz avrebbe potuto dare altri contributi alla ecocardiografia dato che Hertz aveva cominciato gli studi per ottenere la bidimensionalità delle immagini e per implementare l'effetto Doppler per lo studio dei flussi sanguigni. Ma la “freddezza” della comunità cardiologica coinvolse anche Hertz che, deluso anche per il diniego di fondi per continuare le ricerche già iniziate per sviluppare la metodica (bidimensionalità, studio dei flussi con il Doppler) da parte dello Swedish Board of Technical Development che ritenne queste tecnologie “prive di interesse medico e commerciale”, abbandonò la cardiologia e rivolse altrove i propri interessi scientifici (e forse anche economico-commerciali): fu nominato professore fondatore del Dipartimento di Misure Elettriche dell'Università di Lund ed ottenne ancora grandi successi con la invenzione della tecnologia “a getto d'inchiostro” per le stampanti. Intanto, a partire dai primi anni '60, il lavoro di Edler ed Hertz cominciò a trovare seguaci illuminati in Europa e soprattutto in America, ove, inizialmente, l'interesse maggiore fu mostrato dai radiologi che, ovviamente, consideravano la nascente ecocardiografia una specialità da mantenere nell'ambito radiologico. Ma la “primazia” dei radiologi durò poco, grazie anche all'impegno di Harvey Feigenbaum, che “frustrato dalle noiose e poco accurate procedure basate sul cateterismo cardiaco per valutare la gittata cardiaca, i volumi e le pressioni”, pose tutto il suo illuminato impegno nello sviluppo della ecocardiografia grazie anche alla collaborazione con Harold Dodge della Università della Alabama, grande esperto di volumi angiografici. Fu così possibile ottenere la misurazione delle dimensioni ventricolari con tecnica tuttora in uso. Ma questo pionieristico lavoro di Feigenbaum non fu apprezzato dalla comunità scientifica cardiologica e fu rifiutato da diverse riviste cardiologiche di prestigio forse anche sull'onda del permanere di una certa diffusa diffidenza verso le nuove tecnologie generata dalla delusione per il recente fallimento della ballistocardiografia, una metodica basata sulla registrazione del moto trasmesso a tutto il corpo dal pompaggio del sangue nelle arterie (una specie di sismocardiografia) che tante aspettative aveva alimentato negli anni precedenti. Ma Feigenbaum seppe imboccare la strada della formazione sul campo circondandosi di giovani colleghi: il primo corso dedicato esclusivamente all'ecocardiografia si tenne a Indianapolis nel 1968 e tra i docenti c'era il pioniere Inge Edler. Grazie alle nuove acquisizioni rese possibile dalla metodica (lo spessore delle pareti ventricolari, le dimensioni interne, il volume sistolico, la frazione di eiezione, il rigurgito valvolare ecc.), caddero, gradualmente, anche le remore della comunità cardiologica americana e mondiale e la UCG (Ultrasound CardioGrafia), da Feigenbaum ora battezzata “EcoCardiografia”, si avviò a diventare il formidabile mezzo per la crescita della diagnostica cardiologica di cui oggi disponiamo. I limiti della ecocardiografia M-mode (di fatto un diagramma che mostra come cambia la posizione delle varie strutture durante il ciclo cardiaco) furono superati con l'avvento della ecocardiografia bidimensionale ad opera di Reggie Eggleton che

nei primi anni '70, con un'innovativa tecnologia "ispirata allo spazzolino elettronico Sunbeam", consentì la costruzione del primo ecocardiografo bidimensionale.

Il cammino verso una nuova conquista, la ecodoppler cardiografia, per lo studio dei flussi intracardiaci attraverso lo "sfruttamento" dell'effetto doppler prodotto dal movimento delle cellule del sangue sulle frequenze ultrasonore (nel 1842 Christian Johann Doppler dimostrò che la frequenza del suono cambia in rapporto alla direzione del movimento della fonte che lo genera o lo riflette) iniziò nel 1973 con S.L. Johnson che per primo, con un amico ingegnere, è riuscito a combinare l'imaging bidimensionale con il doppler pulsato proveniente dai flussi generati nelle cavità cardiache. Un passo avanti fu fatto da J. Holen e L. Hatle che nel 1979, applicando ai flussi intracardiaci la equazione di Bernoulli modificata, hanno potuto misurare le differenze di pressioni (gradienti) a cavallo delle valvole cardiache, inaugurando così l'era della "emodinamica non invasiva" giunta, oggi, grazie anche ai progressi dei software dedicati, quasi a soppiantare la emodinamica invasiva basata sul cateterismo cardiaco. Paradossalmente, la ecocardiografia, metodica non invasiva per eccellenza, per restare al passo dei tempi, a fronte di problematiche da affrontare sempre più complesse, ha dovuto (e saputo) sviluppare anche un approccio semi-invasivo (ecocardiografia transesofagea) e invasivo (ecocardiografia intracardiaca ed intravascolare). L'ecocardiografia transesofagea (con trasduttore bidimensionale montato su un endoscopio per esofagogastrosopia), nata per ottenere immagini non "disturbate" dalla parete toracica e dai polmoni (ricerca di trombi atriali, dissecazione aortica, monitoraggio in corso di procedure invasive come la ablazione transcatetere della fibrillazione atriale, ecc.), "sfrutta" gli stretti rapporti anatomici tra esofago e cuore. Il primo report sulla ecocardiografia transesofagea è comparso su *Circulation* nel 1976 ad opera di L. Frazin e la sua completa "sistematizzazione" è di qualche anno successiva. La ecocardiografia intracardiaca (con trasduttore miniaturizzato e montato sulla punta di un catetere), nata in ambito cardiocirurgico, ha assunto oggi un ruolo importante nell'ambito della cardiologia interventistica per valutare in maniera oggettiva flussi e restringimenti (ad esempio durante angioplastica) e per una più puntuale definizione delle strutture cardiache in corso di procedure interventistiche transcatetere. Anche se i primi trasduttori montati sulla punta di un catetere sono stati realizzati già negli anni '60, il primo report "sistematico" sulla ecocardiografia intracardiaca è comparso sull'*American Journal of Cardiology* nel 1981 ad opera di E. Glassman e I. Kronzon.

Il caveat: il fonendoscopio come il panda?

I grandi progressi, sommariamente e per grandi linee sopra ricordati, hanno portato la ecocardiografia ad essere oggi un fondamentale presidio diagnostico in cardiologia, economico e facilmente accessibile, pari, se

non superiore, alla elettrocardiografia. Le due metodiche ben si completano perché esplorano ambiti diversi del cuore: l'aspetto anatomico e funzionale la ecocardiografia, le proprietà elettriche la elettrocardiografia e dunque la prima si appresta a seguire lo stesso cammino fatto dalla seconda, a diventare cioè un esame routinariamente associato alla visita cardiologica. E questo è indubbiamente un bene. Con un caveat, però. È concreto il rischio, specie nei giovani cardiologi, di confondere il mezzo diagnostico con il fine. La seduzione della valutazione, morfologica e funzionale con imaging, oggi estremamente accessibile e ottenibile anche con ecocardiografi portatili e miniaturizzati, non deve indurre a considerare la ascoltazione del cuore con il fonendoscopio una pratica obsoleta ed una inutile perdita di tempo. Anche nell'era supertecnologica che la medicina sta vivendo, il rapporto umano tra il medico ed il paziente resta il fondamento della nostra professione e la ascoltazione del cuore è emblematicamente il segno più immediato di questo rapporto, oltre che fondamentale mezzo per un preliminare orientamento diagnostico. E poiché ormai gli attuali "maestri" non insegnano più come si ascolta il cuore, riporto qui la lezione tratta dal mio "vecchio" testo di semeiotica cardiologica come è rimasta scolpita nella mia testa: "Disponi la tua mente ad ascoltare il cuore come la disponi per ascoltare un concerto di musica classica. Concentrati dapprima sulla sinfonia nel suo insieme (il ritmo, la velocità, la regolarità/irregolarità dei battiti...), passa poi a concentrarti sui vari strumenti: il violino, il flauto, le percussioni, la tromba... (il primo tono.... il secondo tono...i soffi.... i toni aggiunti...)". La nostra è, e deve restare, una professione "umanistica" che si avvale della tecnologia e la sua massima espressione richiede "pari dignità" tra tecnologia e rapporto medico-paziente. In altre parole: tecnologia e rapporto umano, anche nell'era tecnologica che la medicina sta vivendo, devono avere lo stesso peso nella bilancia della nostra professione. Eppure, sempre più si assiste ad un loro progressivo sbilanciamento: più si alza (ed è un bene che si alzi!) l'apporto tecnologico, più si abbassa (e questo non è un bene) il rapporto medico-paziente. Bisogna contrastare questa tendenza ed il richiamo "romantico" alla ascoltazione del cuore è rivolto ai giovani medici, ma anche agli organi preposti alla formazione dei medici (Università), e alla tutela della professione medica (Ordine professionale). Non è la evocazione di un "WWF cardiologico" a difesa del caro vecchio fonendoscopio a rischio di estinzione, ma un caloroso invito a tenere nella giusta considerazione la parte "non tecnologica" della visita medica: l'anamnesi (da condurre in modo colloquiale e non "inquisitorio-burocratico") e la semeiotica clinica. Perché questa, la parte "non tecnologica" della visita, è la guida preziosa per risolvere il problema di salute del paziente e il segno tangibile della nostra vicinanza: in altre parole, la espressione più alta del rapporto medico-paziente.

Giuseppe Vergara

Già direttore U.O. Cardiologia ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto

■ La sanità degli Italiani

L

o sanno tutti ormai che la sanità pubblica fa acqua da tutte le parti. Allora dato, come si dice, che il diavolo si nasconde nei dettagli, scendiamo nei particolari, per renderci conto di come stanno realmente le cose. In Italia mancano 25.000 medici e 100.000 infermieri e tecnici secondo il CREA (Centro per la ricerca economica applicata alla sanità), per una spesa di 25 miliardi di euro per mantenere un SSN PUBBLICO, EQUO E SOLIDALE. Allo stato attuale mancano negli ospedali oltre 40.000 posti letto, per passare dai 3,6 a 4,5 letti ogni 1000 abitanti, rimanendo comunque sotto la media europea che è di 5,3 posti letto ogni 1000 abitanti.

Da venti anni non si fanno altro che tagli e blocco del turn over. Da un recente rapporto CENSIS emerge che gli italiani sono estremamente preoccupati della crisi della sanità pubblica, a cominciare, come ovvio, dalle inconcepibili liste di attesa. Lo dimostrano chiaramente i numeri di una inchiesta: il 67,3% degli utenti nei 12 mesi precedenti, a causa dei tempi biblici di attesa, per avere prestazioni sanitarie, si è dovuto rivolgere alla sanità privata. Non a caso la spesa sanitaria sostenuta dalle famiglie ammontava ad oltre 40 miliardi nel 2021.



Solo nel Nord-Est i soddisfatti sono la maggioranza (il 58,8%), però in forte discesa rispetto al 2019 quando erano il 74%. Nel Nord-Ovest è soddisfatto il 42% (era il 70%) nel 2019. Al Centro solo il 37% ha giudicato il SSN posi-

tivamente (era il 48% nel 2019) e nel Sud e nelle Isole si reputa soddisfatto della propria sanità pubblica il 29% (era il 34% nel 2019).



Antonio Di Gregorio

È assolutamente necessario quindi incrementare il finanziamento della salute rispetto al PIL. Quest'anno dovrebbe attestarsi al 6,7%, ponendo comunque l'Italia negli ultimi posti rispetto agli altri paesi europei. E non sono sufficienti i 20 miliardi del Pnrr. Sarebbe stato opportuno aver accettato anche i 37 miliardi del MES, rifiutati per motivi ideologici.

Dal 2011 al 2019 la spesa per prestazioni sociali è cresciuta del 18%, mentre la spesa sanitaria è cresciuta del 4%. Nel DEF (Documento di economia e finanza) la sanità è molto poco tenuta in conto, per cui l'Italia continuerà ad essere, fra i grandi Paesi europei (Germania, Francia, Spagna e Gran Bretagna) il Paese con il più basso rapporto percentuale tra spesa sanitaria pubblica e prodotto interno lordo. Non parliamo poi della difficoltà a reperire medici e infermieri, visto che da noi essi sono tra i meno pagati d'Europa.

Non può inoltre non essere rivisto il sistema aziendalistico basato sul modello americano dei DRG. È stato un enorme sbaglio affidare la gestione del sistema ad amministrativi, escludendo i medici. Non si può gestire correttamente la sanità senza sapere cosa sia necessario per fare assistenza in ospedale o senza conoscere i problemi sanitari del territorio (vogliamo dire senza sporcarsi le mani?).

Antonio Di Gregorio

Presidente FEDERSPEV del Trentino

Una nuova psichiatria

Una pubblicazione di Ermanno Arreghini e Valentina Casetti

Sulle conseguenze, sui benefici ma anche sui limiti della Legge Basaglia negli scorsi numeri del Bollettino dei medici abbiamo ospitato una serie di interessanti interventi. Ora a questo dibattito si aggiunge una pubblicazione di **Ermanno Arreghini** e **Valentina Casetti** dal titolo "Una nuova psichiatria – La Disruptive Psychiatry: innovazioni e proposte concrete". Il libro è uscito nella collana Psicologia divulgativa diretta dallo psicologo e psicoterapeuta dott. **Michele Facci**, tra l'altro responsabile della sezione psicologia giuridica e psichiatria forense dell'Accademia Italiana di Scienze Forensi.

Ermanno Arreghini, psichiatra e psicoterapeuta, si occupa di clinica e psichiatria forense ed è iscritto all'Albo dei Periti del Tribunale di Trento. Valentina Casetti, laureata in

psicologia e in medicina, dopo aver trascorso un anno di formazione presso il Department of Psychosis Studies dell'IoPPN del King's College London, sta frequentando il secondo anno della Scuola di Specializzazione in Psichiatria presso l'Università degli Studi di Milano Bicocca.

Il libro non mette in discussione i meriti e gli avanzamenti conseguiti dalla L. 833/78 (che ha ricompreso la L. 180/78, cosiddetta "Legge Basaglia"), ma offre un'analisi attenta e documentata di alcuni punti di debolezza dell'attuale organizzazione dei servizi psichiatrici pubblici offrendo spunti di riflessione e proposte di cambiamento. Il Dr. Facci, nella premessa, scrive a questo proposito: "dalla famosa legge Basaglia, che portò alla chiusura dei manicomi, ne è passato di tempo e la società è cambiata profondamente. Il risultato odierno è un generale fallimento di un sistema che non ha forza, risorse e organizzazione per far fronte alla mole di richieste. Inutile negarlo", prosegue il Dr. Facci, "molti utenti che un tempo sarebbero stati ricoverati all'interno di un manicomio oggi sono in capo ai Centri di Salute Mentale, spesso però senza avere le complete e costanti risposte di cura che meriterebbero [...] come poter dare dignità e cure a queste persone, senza però far loro subire i trattamenti giustamente condannati da Basaglia e avanzare verso modelli di cura adatti alle necessità dei pazienti psichiatrici di oggi, scongiurando quanto temuto da Basaglia stesso: una manicomializzazione del territorio?". Di qui parte appunto l'analisi di Arreghini e Casetti che illustrano tutti i limiti e le carenze dei Centri di Salute Mentale e di altri servizi offerti oggi dai Servizi di Salute Mentale con una serie di capitoli che entrano in profondità attraverso una ricca documentazione e con talune riflessioni basate anche su esperienze tratte da altri modelli di assistenza.

Tra l'altro, i due autori si occupano efficacemente anche di quella che considerano una vera emergenza, non solo su scala nazionale ma anche globale: la depressione, (in Italia le persone adulte affette da depressione sono stimate in 3 milioni ed altrettanti soffrono di disturbi d'ansia). A fronte di questi dati Arreghini e Casetti, attraverso un approccio diverso – la Disruptive Psychiatry – di fatto propongono suggerimenti per una ampia e ragionata riorganizzazione dei servizi psichiatrici, rivedendo i ruoli non solo dei medici ma anche del personale non medico, oltreché i criteri che strutturano i trattamenti psichiatrici non solo dei pazienti più gravi ma anche dei pazienti più numerosi, segnatamente i pazienti affetti da depressione. Essi propongono anche una maggiore collaborazione, in forma strutturata, con i dipartimenti di neurologia, neuroscienze e psicologia.

"Gli autori - afferma il Dr. Facci - con questo libro propongono una lettura diversa e innovativa, un approccio più funzionale che possa permettere nuove organizzazioni, nuove strutture, nuove iniziative più efficaci ed efficienti a beneficio di tutti".

Ettore Zampiccoli



Ermanno Arreghini e
Valentina Casetti, gli autori

I nostri lutti



STEFANO BONORA

Un vuoto incolmabile ha lasciato in tutti noi la perdita del dott. **Stefano Bonora** questo autunno. La grande battaglia contro un male incurabile, che inizialmente sembrava aver sconfitto, alla fine non gli ha dato possibilità di rivincita.

Un animo calmo, solare, ottimista fino all'ultimo, che ha saputo donare la sua generosità d'animo a chi ha avuto la fortuna di conoscerlo. Laureato in medicina e chirurgia a Pavia nel 1987, e subito iscritto all'albo odontoiatri della provincia di Trento, successivamente si iscrive all'Albo medici e rimane sempre doppio iscritto. Dedica la sua vita professionale a varie discipline odontoiatriche seguendo corsi e congressi. Sempre attivo nell'associazione nazionale dentisti italiani ricopre il ruolo di consigliere culturale, vicepresidente ed infine presidente della sezione Andi Trentino. Rimane Presidente fino al 2017 quando si dimette per candidarsi alle elezioni per la Commissione Albo Odontoiatri, di cui diverrà presidente per due mandati fino alla sua prematura scomparsa. Alla guida della Cao combatte tante battaglie nei momenti più difficili della pandemia, una su tutte quella per permettere la vaccinazione delle ASO (assistenti di studio odontoiatrico), organizza la distribuzione delle mascherine dagli studi privati all'azienda sanitaria e si rende sempre disponibile per tutti i colleghi nei momenti più bui del lock down.

Amava dire che era il Presidente di tutti gli odontoiatri, che fossero liberi professionisti, ospedalieri, convenzionati, iscritti ad un sindacato o no, e lo era davvero, la sua frase "lo chiamo io" la si sentiva tante volte durante le riunioni, amava il ruolo di mediatore e consigliere molto più di quello di controllore.

La dottoressa Albertini sua vice per due mandati lo ricorda così: "Ci univa una grande amicizia ed una profonda stima, avevamo caratteri diversi e ci scontravamo, scherzando mi diceva che ero più testarda di sua moglie ed aveva comprensione per mio marito. Lasciava sempre una grande libertà di lavoro e si fidava delle persone che aveva scelto al suo fianco, aveva la capacità, non scontata, di ascoltare gli altri. La sua innata tranquillità, anche nei momenti in cui c'era da prendere decisioni scomode, rasserenava tutti".

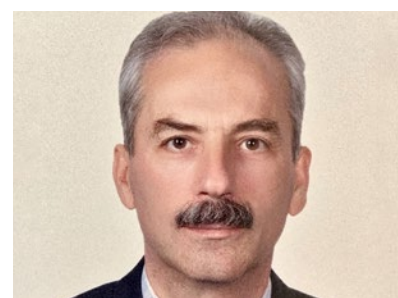
Con coraggio guardava al futuro ed era lui a sostenere chi era al suo fianco anche nei momenti più difficili e faticosi, un ottimismo che dissipava i dubbi. Da esperto velista sapeva affrontare le tempeste con la sua imperturbabile serenità e fiducia nel mondo.

Buon vento Stefano,
La Commissione Albo Odontoiatri

MOHAMMAD HANIFE

In memoria del dott. **Mohammad Hanife**, venuto a mancare all'affetto dei suoi cari il 15 ottobre 2023. Arrivato in Italia dalla Siria negli anni '60 per studiare Medicina e Chirurgia, si è specializzato in Medicina Interna. Ha poi trovato nuova casa in Trentino dove ha svolto per 40 anni il Medico di Medicina Generale, andando in pensione nel 2019.

Si è dedicato alla sua professione con passione e dedizione. Lascia il ricordo di un uomo di grande disponibilità, onestà e umanità.



News dall'Ordine

OTTO NUOVI DIRETTORI

Sei professori dell'università di medicina e chirurgia di Trento di recente sono stati chiamati a far parte del sistema sanitario trentino con l'incarico di responsabili di varie Unità operative. Altri due medici trentini sono stati nominati direttori. Li presentiamo in questa pagina con foto e relativo ruolo.



Prof. Francesco Fantin

Direttore U.O. di Geriatria ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto



Prof. Giuliano Brunori

Direttore U.O. multizonale di Nefrologia e Dialisi Servizio Ospedaliero Provinciale



Dott. Massimiliano Lanzafame

Direttore U.O. di Malattie Infettive ospedale S. Chiara di Trento



Prof. Fabio Vassallo

Direttore U.O. di Pneumologia ospedale S. Chiara di Trento



Prof. Ottavio Piccin

Direttore U.O. di Otorinolaringoiatria ospedale S. Chiara di Trento



Prof. Vito Racanelli

Direttore U.O. di Medicina Interna ospedale S. Chiara di Trento



Dott. Claudio Scarpato

Direttore U.O. di Microbiologia ospedale S. Chiara di Trento



Prof. Giacomo Bellani

Direttore U.O. di Anestesia e Rianimazione ospedale S. Chiara di Trento

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



L'ORO HA FATTO LA STORIA.

Dal 1929 Obrelli è la storia dell'oro.

AUTORIZZAZIONE BANCA D'ITALIA n. 5007737



ARGOR HERAEUS



OBRELLI
DYNA-BARR

CERTIFICAZIONE
DI GARANZIA
E AUTENTICITÀ
ANTI
CONTRAFFAZIONE

ORO - GIOIELLI - MONETE[®]
OBRELLI
DAL 1929

www.oro.obrelli.it

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