

OMCeO

NOTIZIARIO DELL'ORDINE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

02.18

Anno LX – n. 02 del 30 luglio 2018 - Euro 0,90
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale - 70% NE/VE



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA



FNOMCeO
Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri

**Diffidate delle
"bufale" sul web.
Chiedete sempre
al medico.**



- » #VIS2018 festeggia i 40 anni del SSN
- » Lo sguardo femminile sulla professione
- » Digitale, l'Ordine veneziano capofila
- » ANDI: l'impegno del nuovo presidente



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

Consiglio Direttivo

dott. GIOVANNI LEONI (Presidente)
dott. MAURIZIO SCASSOLA (Vicepresidente)
dott. LUCA BARBACANE (Segretario)
dott. GABRIELE CRIVELLENTI (Tesoriere)
dott. STEFANO AUGUSTO BERTO
dott.ssa EMANUELA MARIA BLUNDETTO
dott. FRANCESCO BORTOLUZZI
dott.ssa ALESSANDRA CECCHETTO
dott. SIMEONE FABRIS
dott. GABRIELE GASPARINI
dott.ssa ORNELLA MANCIN
dott.ssa CRISTINA MAZZAROLO
dott. MALEK MEDIATI
dott. ROBERTO PARISI
dott. ANDREA SCHIAVON

Collegio dei Revisori dei Conti

Effettivi

dott. ALBERTO COSSATO (Presidente)
dott. KHAN FARHADULLAH
dott. SANDRO PANESE

Supplente

dott. LUCA DONOLATO

Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri

dott. GIULIANO NICOLIN (Presidente)
dott. MAURIZIO OLFÌ
dott. FILIPPO STEFANI
dott. PIETRO VALENTI
dott. ANDREA ZORNETTA



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

Anno LX – n. 02 del 30 luglio 2018
Aut. Tribunale di Ve N. 239 - 31.1.1958

Direttore Editoriale
Giovanni Leoni

Direttore Responsabile
Chiara Semenzato

Comitato di redazione
Luca Barbacane, Alessandra Cecchetto,
Gabriele Gasparini, Ornella Mancin,
Rafi El Mazloum, Arianna Sandrin,
Maurizio Scassola, Pietro Valenti

Sede e Redazione
Via Mestrina, 86 - 30172 Mestre (VE)
Tel. 041.989479 - Fax 041.989663
info@ordinemedicivenezia.it

Editore
Grafiche Biesse s.a.s. di Battanoli Andrea & C.
Via E. Ferrari, 11/13 - 30037 Scorzè (Venezia)
info@grbiesse.it - www.grbiesse.it

Progetto Grafico - Stampa
Grafiche Biesse s.a.s. di Battanoli Andrea & C.
Via E. Ferrari, 11/13 - 30037 Scorzè (Venezia)
info@grbiesse.it - www.grbiesse.it

Sommario

- 4** Sanità: il gossip fa notizia
la realtà no
- 6** Dentista gratuito per i più poveri?
Meglio la prevenzione
sul modello europeo
- 8** Il presidente Anelli sbarca a Venezia per
la campagna contro le fake news
- 10** Forum PA: l'OMCeO veneziano
capofila nell'archivistica digitale
- 11** Le vacanze? Per noi medici
sono ormai un incubo
- 14** Efficace e sostenibile: presente
e futuro del SSN
- 18** Venezia in salute 2018 festeggia
il Servizio Sanitario Nazionale
- 20** Lo sguardo femminile
sulla questione medica
- 22** Che significa CPO dell'Ordine?
- 24** Chiarezza e prudenza per
il certificato "perfetto"
- 26** Tiroide e tumore del cavo orale:
serve la diagnosi anticipata
- 28** Cliniche low cost e giovani:
il mio impegno per ANDI Venezia
- 30** Implantologia orale: al museo si
racconta il primato veneziano
- 32** GDPR: l'Europa detta le regole per la
protezione dei dati sensibili
- 34** Marcatori oncologici: boom di iscrizioni
al corso FAD. Veneziana la regia
- 36** Samueli: «Il biotestamento?
Un grande passo avanti per l'Italia»
- 38** Hikikomori: emergenza sociale
prossima ventura



SANITÀ: IL GOSSIP FA NOTIZIA. LA REALTÀ NO

• Giovanni Leoni, Presidente OMCeO Provincia di Venezia

Alla fine di questa estate 2018 **cosa resterà nell'immaginario collettivo** della figura del medico? Il "chiuso per festa" del chirurgo vascolare di Napoli, le mazzette dei ginecologi di Prato o quelle più generiche collegate al camice bianco della "Corruzione in Sanità" del Ministro Grillo?

Mentre scrivo siamo ancora a luglio e **in estate la sanità è sempre particolarmente di moda** in assenza di altre notizie più importanti. Devo dire che c'è stata una buona partenza.

Editoriale

4

Notizie interessanti che attirano la curiosità del pubblico, della serie **"dagli all'untore"**. Il caso Litta di Padova, collezione medici e contanti, era appena passato in archivio non prima di aver scatenato un'inchiesta giornalistica che aveva radiografato i medici del Veneto che fanno libera professione.

Infatti per una settimana la prima pagina sul *Gazzettino* a otto colonne era stata occupata dai redditi al lordo di tutte le tasse e trattenute a vario titolo degli ultimi tre anni **per fare più impressione**, ogni giorno una AULSS diversa. Mi è sempre rimasta **la curiosità della fonte**, precisa fino al dettaglio. Fosse così per tutto in sanità, avremmo molti problemi di meno.

Personalmente **io non ci sto** a vedere descritta così la mia categoria, colleghi in mezzo ai quali per mia fortuna vivo tuttora, ma **il gossip fa notizia** lo so perfettamente, è il diritto di cronaca.

Così devo partire dai **complimenti allo studio dell'Associazione Liberi Specializzandi** (www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=63357) che ha dimostrato come **si perdono fino a 510 borse di studio** di quelle già scarse che sono a disposizione. «Tra il 2016 e il 2017 sono state "abbandonate" 510 specializzazioni. Nel prossimo concorso di specializzazione una

buona parte dei medici che ha vinto una borsa di studio lo scorso anno ritenterà il concorso per una nuova specialità (la propria prima scelta) e chi riuscirà, chi si iscriverà alla nuova specializzazione abbandonerà la prima, di fatto **spreca una borsa**».

Il sistema a scaglioni **dimostra seri problemi** perché mescola sedi e specialità dei circa 6500 eletti a serie da 1000 e **gli ultimi prendono quello che trovano** senza le adeguate motivazioni, mortificando i propri ideali. Mio padre mi diceva tanto tempo fa: **«Impegnati e combatti per fare il lavoro che più ti piace perché la maggior parte della vita la passerai lavorando»**. Come dare torto ai nostri giovani colleghi, **l'accesso deve essere rivisto**.



Mentre negli ospedali nel mondo reale **i medici riducono o non fanno le ferie** come i comuni mortali, i pensionati vengono reclutati per colmare i buchi e **molti lavorano anche gratis** per il piacere, avete capito bene, di continuare ad esercitare la loro professione preferita. Conosco personalmente un cardiologo e un dentista che si sono prestati in tal senso nell'ospedale dove hanno passato la loro vita, perché questo lavoro **è stato la loro passione**. Questo lavoro, non il Club Med...

In Veneto altri due pensionati sono stati reclutati in ortopedia e ginecologia. **Non sono casi isolati** ma altri semplicemente non sono noti, **fanno più notizia gli esempi negativi**, come al solito.

Ma penso sia comprensibile a tutti che queste sono **soluzioni disperate**, per un arco temporale limitato e contrarie alla logica della naturale evoluzione delle cose.

Il ricambio generazionale non può partire dai pensionati, dal volontariato: **è ridicolo quanto vero**.

In questo periodo della mia vita ho una profonda curiosità nei riguardi dei dirigenti della Programmazione Sanitaria a livello nazionale, so che ci sono responsabilità ripartite a vari livelli, ma il mio sogno nel cassetto è **arrivare a conoscere direttamente le menti** da cui dipendono i medici di ogni età in ambito lavorativo; vista la situazione globale la conclusione è che esistono degli ampi margini di miglioramento.

Il Presidente del SUMAI **Antonio Magi** ha recentemente dimostrato con i numeri che 15.596 specialisti ambulatoriali **sono colpevolmente utilizzati in modo parziale** rispetto alle loro reali possibilità, mediamente solo per 20 ore settimanali invece delle 38 ore possibili; e quindi lavorano come se fossero 8.208 medici a tempo pieno invece dei possibili 15.596 (http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=64294).

A livello di dipendenza, per risolvere la carenza di specialisti, può essere impiegato a livello generale l'istituto della **convenzione con le scuole di specialità**: dopo il primo biennio gli specializzandi continuano studi ed esami in sede universitaria con frequenza clinica in reparti dedicati, come avveniva in un recente passato a livello diffuso e come avviene anche adesso, ad esempio, nel reparto dove lavoro collegato all'Università di Padova.

Il numero delle borse di studio per Ospedale e Medicina del Territorio **deve poi essere adeguato** al numero dei laureati. Questo è

un principio di base, allo stato ignorato con discussioni varie.

Il risultato finale lo vedono tutti: **eterne liste di attesa** per visite con impegnativa e tutti in fila dai medici rimasti a fare l'ambulatorio divisionale che deve occuparsi in particolare di tutti gli esenti ticket che non possono permettersi una visita a pagamento.

La **libera professione**, spesso demonizzata, è prima di tutto **un diritto del paziente** a scegliersi il professionista da cui uno vuole essere curato e non una scelta obbligata per ovviare alla carenza di prestazioni pubbliche.

Il SSN, che quest'anno **compie 40 anni** e sarà celebrato in un congresso dedicato a settembre, **deve essere mantenuto** per fornire prestazioni con regolare impegnativa, **senza distorsioni** da richieste indotte.

Se diminuisce il numero degli operatori diminuisce anche il tempo dedicato alle visite ai pazienti ambulatoriali. Nei reparti è compito del primario organizzare il lavoro dei colleghi e controllare che sia impiegato adeguatamente l'orario di servizio, con un numero di prestazioni ed un tempo per singolo evento **appropriato alla dignità del paziente**, alle necessità del medico, all'importanza del singolo caso clinico.

Altre considerazioni portano con tecniche premeditate ad uno stato confusionale per i cittadini. La privazione di una risposta **in tempi e modi congrui** ad una richiesta di salute personale o per un proprio congiunto, ad esempio un'attesa di ore al Pronto Soccorso, trasforma **in dramma psicologico** anche il caso meno grave.

Da tali episodi conseguono **reazioni di vario genere**, che originano da una fase di paziente attesa fino ad arrivare alla protesta verbale e scritta o **all'episodio di violenza fisica** quando la dilatazione dei tempi viene percepita o si trasforma realmente in un situazione inaccettabile. La decadenza globale dei costumi e il deficit di educazione civica fanno il resto e gli episodi di violenza sugli operatori sanitari aumentano. Ma se statisticamente diventa eccessivo il numero di prestazioni richieste nell'unità di tempo considerata, divise per il numero di operatori addetti, **stress e caos saranno il ricordo** di una mattina, pomeriggio o notte di bisogno, immediatamente classificata come da dimenticare.

Piccolo messaggio per gli "utenti": **non aggritate chi lavora per voi**. Nell'attesa osservate le loro facce, quello che stanno facendo, la condizione di chi vi sta a fianco. E troverete la risposta alla vostra situazione.

Editoriale

DENTISTA GRATUITO PER I PIÙ POVERI? MEGLIO LA PREVENZIONE SUL MODELLO EUROPEO



• Giuliano Nicolin, Presidente Commissione Albo Odontoiatri OMCEO Provincia di Venezia

Questo articolo è stato pubblicato il 24 giugno 2018 su "Quotidiano Sanità"

Editoriale

6

Gentile direttore, è notizia di qualche giorno fa che in Veneto stia per arrivare **"il dentista gratuito"**. Il governatore Luca Zaia sembra aver trovato i fondi per realizzare quanto aveva promesso in campagna elettorale: un contributo per permettere di **erogare cure dentarie gratuite ai meno abbienti**. Volendo dar credito ai buoni intenti del governatore si può esprimere apprezzamento per l'attenzione dimostrata nei confronti dei cittadini in merito alle difficoltà per poter accedere alle cure dentali, ma **sembra ancora un intervento "spot"**. Intervento poi che **non ha coinvolto chi queste cure le eroga** sul territorio, se non i circa 63 studi odontoiatrici accreditati in tutta la regione, che verranno dotati di un "budget" di 50mila euro per aiutare questi cittadini.

Ovviamente si è dedicata maggior attenzione alle fasce deboli (disoccupati, titolari di assegni sociali e di pensione minima, i loro familiari e per i redditi fino a 29mila euro), compreso un contributo di 200 euro per ogni dentiera. Questo in verità va ad aggiungersi ai Lea nazionali. Peccato che un buon intento venga **svilito da una clamorosa svista**, insita nelle promesse elettorali, cioè quella di **non fare programmi a lungo tempo** e non interpellare coloro che, trattandosi di odontoiatria, la praticano tutti i giorni sul territorio.

La prima riflessione riguarda la discriminazio-

ne che questo contributo porta tra i cittadini. Poiché **l'accesso alle cure odontoiatriche oggi è difficoltoso** non solo per le categorie indicate nel programma, ma **per gran parte della popolazione**. Questo tipo di intervento ha tempi e capacità di coinvolgimento estremamente limitati e forse darà a pochi la possibilità di ricevere cure d'urgenza e nulla più. Forse qualcuno avrebbe dovuto far presente che la **prevenzione è l'unica vera risposta a lungo termine** per ridurre la necessità di ricorrere all'odontoiatra e ha costi sostenibili nel tempo. **Basterebbe copiare i paesi del Nord Europa** e andare a vedere le ricadute non solo sulla salute degli assistiti, ma sulle casse del Servizio Sanitario Nazionale.

Come spesso accade servirebbe affrontare anche il problema **dal punto di vista culturale**, perché di questo si tratta, **coinvolgendo le scuole e gli operatori sanitari interessati**. Forse andrebbe affrontato l'aspetto dei costi delle cure dentali, cure di qualità, che potrebbero essere erogate anche dagli studi privati **se si togliessero orpelli burocratici** che incidono sui costi di quest'ultime e non sulla loro efficacia, permettendo inoltre, come da tempo richiesto dalle organizzazioni di categoria, di aumentare le agevolazioni fiscali per i pazienti.

Bisognerebbe esercitare **un'accurata valutazione sull'operato di alcuni centri low cost**, sul tipo di pubblicità da questi proposta e sulle cure erogate. A Mestre ad esempio vi è **una costante crescita di cause per lavori mal eseguiti** che rasentano spesso il

reato di lesioni personali. Pazienti che hanno sottoscritto finanziamenti da cui non possono recedere e che impediscono loro qualsiasi possibilità di rimediarsi.

Insomma ogni iniziativa finalizzata a consentire l'accesso ad un numero sempre maggiore di concittadini a cure e cure di qualità **non dovrebbe essere limitata a fasce ridotte di cittadini**, lasciando tutti gli altri esclusi da

qualsiasi forma di sostegno o copertura e costretti a ricorrere a servizi di cura occasionali.

Rivolgo quindi **un invito al governatore** affinché ci permetta **di intervenire seriamente** e da competenti, di aiutarlo a provare a fare **qualcosa di concreto e sostenibile** sfruttando le nostre competenze ed il senso civico che da sempre ci accompagna nel lavoro di ogni giorno.



ODONTOIATRIA, ARRIVA LA CABINA DI REGIA

Ufficio stampa FNOMCeO

Sinergia, concordia, condivisione: queste le parole d'ordine dell'incontro dello scorso 12 luglio nella sede romana della FNOMCeO che ha visto l'insediamento della **Cabina di Regia dell'Odontoiatria**.

Per la prima volta nella storia si sono, infatti, riuniti la Commissione Albo Odontoiatri nazionale, i coordinatori delle quattro Aree Tematiche dell'Odontoiatria (Cultura, Politica, Relazioni esterne e Deontologia, Comunicazione, organizzazione), e gli interi Consigli direttivi di ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani) ed AIO (Associazione

Italiana Odontoiatri). In rappresentanza dell'ENPAM, la cassa di previdenza, era presente il vicepresidente vicario **Giampiero Malagnino**.

«L'incontro si è svolto in clima di **cordialità e di fattiva collaborazione** – ha spiegato **Raffaele Iandolo**, presidente CAO (nella foto) – e ha delineato **le linee programmatiche** della Professione per i prossimi anni, ciascuno nell'ambito del proprio ruolo e delle proprie prerogative».

Molti e importanti i punti all'Ordine del giorno: dalla politica estera alla **pubblicità sanitaria**, dall'elaborazione di **progetti di legge** alla direzione sanitaria degli ambulatori, dall'esercizio in forma societaria alle **problematiche fiscali**, sino alla figura dell'Aso, l'assistente alla poltrona odontoiatrica.

Fausto Fiorile presidente AIO plaude all'iniziativa: «Siamo **molto soddisfatti** che i temi sui quali AIO ritiene da tempo che tutta la professione debba lavorare insieme, siano stati affrontati in questo primo incontro. Pubblicità, direzione sanitaria, società di capitali, detraibilità fiscale sono solo alcuni dei temi sui quali AIO si è dichiarata pronta a dare il proprio contributo!».

«Un incontro utile – ha ribadito **Carlo Ghirlanda** Presidente ANDI – ad aprire il confronto sui punti di vista di ognuno dei partecipanti: oggi diciamo che tutti possiamo e vogliamo lavorare insieme, **senza protagonismi e con leale senso di collaborazione**. Siamo certi che i primi risultati di questa nuova fase saranno presto evidenti. ANDI farà la sua parte».

Approvata all'unanimità anche la **partecipazione** di una delegazione della CAO al Council of European Dentists di Bruxelles, organismo che rappresenta oltre 340mila odontoiatri europei.

IL PRESIDENTE ANELLI SBARCA A VENEZIA PER LA CAMPAGNA CONTRO LE FAKE NEWS

• Chiara Semenzato, giornalista OMCeO Provincia di Venezia

«Una campagna **volutamente scioccante**: manifesti con **una lapide e un epitaffio** che suscitano un po' di repulsione e anche ribellione. Immagini che fanno riflettere per spiegare ai milioni di cittadini, 2 su 3 sono millennials, che cercano in rete risposte ai loro bisogni di salute, che **non sempre sono vere e certificate** le tante informazioni che circolano sul web e che anzi, spesso, provocano dei danni. E poi per **ridare centralità e prestigio al ruolo del medico**, a cui rivolgersi per qualsiasi dubbio o chiarimento, affidandosi non ai ciarlatani, ma ai professionisti della salute e alla scienza per avere **le risposte che si cercano**».

Tra le pareti della sala consiliare di Ca' Farsetti è risuonato forte e chiaro venerdì 15 giugno il messaggio lanciato dal presidente della FNOMCeO **Filippo Anelli** sbarcato a Venezia per presentare la campagna di sensibilizzazione *Una bufala vi seppellirà*.

Federazione nazionale, Ordine dei Medici, Ulss 3 Serenissima e Comune di Venezia hanno stretto **un'alleanza per contrastare le fake news in sanità**. Tra cartelloni giganti, cestini della spazzatura, pontili e imbarcaderi **in oltre 120 luoghi del centro storico e della terraferma veneziana** per qualche settimana hanno

campeggiato messaggi dai toni volutamente forti: "Non mi hanno vaccinato per paura dell'autismo", "Avevo acquistato sul web un farmaco miracoloso", "Ho curato il cancro con il bicarbonato di sodio", "Avevo letto che una dieta di 6 uova al giorno fa dimagrire", "Credevo fosse un vero dentista, ma non lo era. Avevo un tumore alla bocca non diagnosticato".

«Per il Comune – ha spiegato l'assessore alla Coesione sociale **Simone Venturini**, sempre molto vicino alle iniziative organizzate dall'OMCeO veneziano – è ormai tradizione collaborare con i medici e con l'Ulss per le iniziative di prevenzione e informazione e, in questo caso, anche **per smontare le bufale** che in ambito sanitario si sono create in particolare nell'ultimo periodo. Offrire la sede istituzionale per presentare la campagna, mettere a disposizione gratuitamente gli spazi di affissione di proprietà del Comune e piazzare i manifesti anche nelle sedi istituzionali aperte al pubblico significa per noi che **l'iniziativa diventa "della città, di tutti"** e non solo di una categoria o dell'Ordine».

Un **atteggiamento di collaborazione** particolarmente apprezzato dal presidente Anelli, «che – ha sottolineato – risponde in maniera completa all'obiettivo che si era posta

FNOMCeO

8



Filippo Anelli e Giovanni Leoni all'imbarcadero di S. Stae



Da sinistra Giuseppe Dal Ben, Giovanni Leoni, Filippo Anelli e Simone Venturini

la Federazione nazionale: **mettere insieme le istituzioni** su un tema fondamentale, il diritto alla salute del cittadino».

L'assessore Venturini ha anche spiegato come i manifesti abbiano lo scopo di **instillare il dubbio**, di mettere in discussione alcune false informazioni che social e conversazioni whatsapp contribuiscono a mettere in moto. «Una campagna importante – ha aggiunto – che anticipa *Venezia in Salute*, il consueto appuntamento di settembre che mette insieme Comune, medici, aziende sanitarie e tutti gli attori della sanità pubblica e privata lagunare. Se tutti quanti diamo **un'informazione giusta, univoca**, senza contraddizioni e senza strumentalizzazioni, riusciremo a dare **un buon servizio alla nostra città** e, più in generale, al nostro Paese».



Manifesti della campagna a Mestre in v.le San Marco

Della necessità di avere informazioni fondate sulla scienza ha parlato anche **Giovanni Leoni**, vicepresidente della FNOMCeO e presidente dell'OMCeO veneziano. «La sinergia tra istituzioni – ha detto – è fondamentale. I tempi sono cambiati e **la comunicazione tra specialisti e cittadini deve trovare nuove forme**. Questa campagna ha **messaggi decisi**, deve attirare l'attenzione di fronte al bombardamento pubblicitario e deve tracciare **un nuovo sentiero** per un'informazione corretta. Gli interessi commerciali non sono etici e spesso portano a comportamenti devianti, che possono avere conseguenze anche estreme. Questa campagna è **una scelta molto coraggiosa**: abbiamo scelto una diffusione capillare soprattutto nel centro storico per raggiungere il tessuto sociale vero e proprio della nostra città. Vogliamo spingere il cittadino **ad arrivare alla fonte** delle informazioni».

Fondamentale anche l'apporto dell'azienda sanitaria veneziana presente alla conferenza stampa con il direttore generale **Giuseppe Dal Ben**. «L'Ulss



Uno dei manifesti della campagna alla Cita a Marghera

3 Serenissima – ha spiegato – partecipa convintamente a questa importante campagna perché affronta **uno dei temi che più ci stanno a cuore** e su cui siamo impegnati da sempre. È un **lavoro di squadra importante** che deve vedere il professionista sanitario come il vero attore. Salute e false notizie è un'accoppiata perdente: non si va da nessuna parte cercando cure sul web. La rete è importante, ma **va usata bene**, con attenzione. Ai cittadini diciamo: rivolgetevi ai professionisti sanitari, al medico di famiglia, a quello ospedaliero. **Vi ascolteranno**. E se è vero che sono soprattutto i millenials a rivolgersi al web, allora, per sconfiggere il mito delle notizie false, dovremmo fare un'azione di **educazione importante fin dalle scuole**».

FNOMCeO

9

La campagna *Una bufala vi seppellirà si affianca al portale **Dottore ma è vero che*** (www.dottoremaeveroche.it) lanciato dalla stessa FNOMCeO con un duplice obiettivo: dare **risposte immediate e concrete** ai dubbi e ai quesiti dei cittadini – I vaccini indeboliscono il sistema immunitario? Il miele fa passare la tosse? L'omeopatia funziona? La paleodieta aiuta a prevenire il diabete? – e dare agli stessi medici **uno strumento scientifico di supporto** per rispondere alle domande dei loro pazienti.

A Venezia la campagna, **completamente finanziata dall'Ordine**, è stata realizzata sotto il patrocinio del Comune di Venezia e con la collaborazione dell'Ulss 3 Serenissima e dell'Ulss 4 Veneto Orientale.

Uno dei manifesti della campagna a Mestre nella zona del cimitero



ARCHIVISTICA DIGITALE: L'OMCeO VENEZIANO CAPOFILA AL FORUM PA

• Segreteria OMCeO Provincia di Venezia

Trasparenza

10

Chi l'avrebbe mai immaginato? Solo due anni fa **neppure sapevamo cosa fosse** il Forum della Pubblica Amministrazione, tantomeno sapevamo cosa fosse il protocollo informatico.

Eppure, passo dopo passo, la Segreteria dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia, in particolare nelle persone del funzionario con compiti organizzativi, la dottoressa **Carla Carli**, e di **Rossella Milan**, responsabile del protocollo informatico del nostro Ordine per nomina del Consiglio Direttivo del 07.03.2017, si è ritrovata **a coordinare, su preciso mandato** della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri (FNOMCeO) un tavolo di lavoro costituito dai funzionari degli Ordini Provinciali di Firenze, Genova, Imperia, Pisa, Roma e da ultimo Grosseto che, guidato dalla professoressa **Mariella Guercio**, ha creato **l'architettura archivistica digitale** del piano di classificazione dei documenti per gli Ordini.

È stato **un percorso lungo e faticoso**, convalidato dall'approvazione di questo Piano di classificazione (Titolario) da parte del Ministero dei Beni Culturali. Si tratta di **uno strumento di importanza strategica** nell'evoluzione digitale del lavoro delle Segreterie degli Ordini, per questo la professoressa Guercio ha voluto che **fosse presentato agli operatori del settore** in occasione della principale "vetrina" annuale che è appunto il Forum della Pubblica Amministrazione (PA), svoltosi a Roma-EUR, presso il Centro Congressi

"La Nuvola", dal 22 al 24 maggio scorsi.

Il 22 maggio è stato il giorno della FNOMCeO: all'interno del convegno di apertura su *La gestione documentale alla luce delle nuove norme* è intervenuto dapprima il Segretario Nazionale della Federazione, dottor Roberto Monaco, e quindi, a seguito della dottoressa **Emanuela Pinto** della Segreteria FNOMCeO, la "nostra" dottoressa Carli, la quale ha esposto come il gruppo di lavoro degli Ordini abbia prodotto **dapprima il piano di classificazione** – partendo dalle sette macrofunzioni identificate da AGID (Agenda per l'Italia Digitale) come **fondamentali e trasversali** all'interno della pubblica amministrazione e implementandone la struttura con le funzioni specifiche dell'istituzione ordinistica – e successivamente il **manuale di gestione**.

Come in un lungo viaggio, così in codesta avventura la **valenza principale è risieduta nel percorso**, un percorso di crescita e di acquisizione non solo di nuove competenze, ma di **una vera e propria nuova forma mentale del sistema di archiviazione**, non più attività relegata a un isolato impiegato/a della Segreteria, ma come **ratio trasversale** a tutti i campi di interesse e a tutte le funzioni della Segreteria: l'archiviazione come **percorso di garanzia verso la migliore organizzazione dell'ente** e la più trasparente sequenza delle procedure che si svolgono all'interno così come all'esterno dell'Ordine.

Carla Carli illustra il lavoro dell'OMCeO veneziano





Il Commento

LE VACANZE? PER NOI MEDICI SONO ORMAI UN INCUBO

• Giovanni Leoni, Presidente OMCeO Provincia di Venezia

Questo articolo è stato pubblicato il 15 giugno 2018 su "Quotidiano Sanità"

Gentile Direttore, in questi giorni un articolo sulla Pediatria di Padova che chiude un piano ha riportato l'attenzione sulla **riduzione di attività di alcuni reparti** per dare la possibilità di **fruire della ferie** agli operatori dedicati, tra cui medici ed infermieri. Naturalmente tra i commenti a vario titolo c'è stato anche "la malattia non va in vacanza".

Ritengo utile precisare che l'attività che viene ridotta **appartiene alla sfera del rimandabile**, per situazione clinica, a volte per volere dei pazienti. Operare le vene varicose in estate, dopo che si è convissuto con loro per anni, sistemare un'ernia inguinale di modeste dimensioni, decidere di togliere una colecisti con i calcoli ma silente, occuparsi di una cataratta, togliere un menisco **non sono procedure salvavita** ma pratiche molto frequenti nella clinica. Inoltre qualche paziente che, per particolari motivi di lavoro, ha dato la sua disponibilità ad essere operato in periodi universalmente dedicati alle ferie, vista la mia purtroppo ormai lunga carriera, posso affermare che è stato pure accontentato. E così vale per tutti i miei colleghi.

L'intervento non comprende poi solo il momento chirurgico visto che le limitazioni delle comuni attività si estendono nel postoperatorio anche per alcune settimane. Chi poi non si mette in "ferie" ma ovviamente in malattia ha le limitazioni di mobilità di conseguenza. Naturalmente **urgenze e neoplasie non rientrano in questi ambiti** e sono

regolarmente trattate nei tempi adeguati e nel rispetto della storia biologica, come funzionano regolarmente i centri trapianti per esempio, autentico orgoglio nazionale, periodicamente celebrato, che però deve essere sostenuto da squadre di operatori sempre disponibili nelle 24 ore.

Tutto regolare? No.

Esiste una parte di colleghi che vincolano la loro attività in tutto o in parte all'urgenza/emergenza, le cui necessità **non vanno mai in vacanza, al più si spostano** seguendo i flussi umani, anche quelli dalle città alle località turistiche, ma il risultato è lo stesso. Ma il personale che **è già ridotto e con turni straordinari durante l'anno** – e prova ne è il numero di pacchetti prestazionali aggiuntivi, cioè il lavoro extra pagato a parte dalle amministrazioni – per sopperire alla normale attività in carenza di personale in tutto il periodo dell'anno, **deve comunque andare in ferie**. È previsto dal contratto, dalla logica, dai limiti fisici umani dell'individuo tipo, dalle rispettive famiglie di appartenenza.

Forse non tutti sanno che la trattenuta del 5% sulla Libera Professione dei medici – Fondo Balduzzi – è un istituto contrattuale nazionale che **serve a pagare le prestazioni aggiuntive** fatte da altri medici **sotto organico**. Quindi da una parte abbiamo il numero di giorni di ferie arretrate accumulate e non ancora godute che le amministrazioni segnalano al direttori dei vari reparti e la cui regolare fruizione viene messa talvolta anche negli obiettivi di budget. Dall'altra la necessità di mantenere, anzi magari un po' aumen-

Il Commento

11

tare (ma solo di un po'...), il numero di prestazioni fornite all'utenza. Del resto come si fa con le proteste per le liste di attesa?

Il tutto malgrado la diminuzione di personale dovuto a **pensionamenti non sostituiti**, dimissioni da ruolo pubblico per ingresso nel privato, **assunzioni impossibili** per mancanza di specialisti mai formati in numero congruo dalle università, maternità non sostituite, e altri luoghi comuni che molti conoscono a memoria ma che **NON sono stati risolti**, mi spiace signori ricordarlo. Mi sto stufando pure io, ma su questo fronte non ci spostiamo.

E adesso arriva l'estate, che da un certo punto di vista, è decisamente peggio di Natale, ormai ragiono così. È difficile non pensare che questa stagione, simbolo di vacanza e relax, **per molti medici ospedalieri è diventata un incubo**. Ad organico in perenne affanno le assenze estive tramutano l'ordine di servizio dei reparti a volte **in un continuo ulteriore stress** per chi resta: le Direttive Europee saltano, immolate sull'altare di un week end in più con la famiglia, le reperibilità diventano continue anche per 15 giorni di fila, pomeriggi, notti e domeniche, interrotte dalla guardia notturna, contando sulla cabala, sulla fortuna di non essere chiamati, perché di giorno si lavora lo stesso. Si formano invariabilmente due partiti nei reparti: **gli "ortodossi"** che preferiscono rischiare di meno e osservare più la turnazione con i relativi riposi, **gli "indifferenti"** al carico di reperibilità e guardie pur di poter andare via 2-3 settimane consecutive. In fondo hanno le loro buone ragioni tutti e due i gruppi.

È mai possibile che dei professionisti della salute **siano ridotti così**? Ma queste situazioni le vivo solo io o sono comuni a molti altri?

Un gruppo di colleghi del Veneto ha scritto una lettera accorata in cui viene evidenziata una volta di più la carenza del ricambio degli organici nel loro reparti con uscite di scena di numerose unità fino alla considerazione. «Non si può andare in ferie, i recuperi ormai non sono quasi mai possibili e gli aggiornamenti sono per altri professionisti.

Siamo talmente **abituati alla fatica** e alla difficoltà che due colleghi si sono fratturati un paio di ossa ma hanno continuato a lavorare. Oramai ai cambi turni si trovano solo **colleghi sfatti** che si scusano per le mansioni che non sono riusciti a svolgere per l'enormità del carico di lavoro di quel turno e che restano da eseguire. Con uno sguardo comprensivo si inizia quindi un nuovo servizio ancora stanchi da quello precedente. Ci si siede davanti al primo paziente e si cerca di non far trapelare la stanchezza e la preoccupazione per un turno che sta iniziando e **sembra infinito**. Generalmente davanti alla stanchezza si guarda in avanti e si contano i giorni che mancano alla ferie. Quest'anno non è così. I conti non tornano, le ferie sono difficilmente compatibili e **i pazienti meritano un medico che li ascolti e si metta al loro servizio** e non che cerchi solo di arrivare a fine turno».

Nelle mie peregrinazioni tra i vari ospedali anche in altri reparti la situazione non è rosea sempre per pensionamenti, dimissioni e trasferimenti di medici senza possibilità di sostituzione.

Anche il Direttore Generale Area Sanità e Sociale Regione Veneto **Domenico Mantovan** ha messo al primo posto per il mantenimento del SSN il **ricambio dei medici** ad un recente convegno a Venezia – Mestre sabato 9 giugno 2018. Dal suo punto di osservazione la situazione deve essere drammatica. Il ripensamento della frequenza in specialità, limitato al primo biennio come in passato, **con l'apertura degli ospedali qualificati alla pratica clinica** e **l'aumento adeguato degli assegni di studio** per completare la formazione necessaria dopo la laurea sono situazioni di emergenza che da parte mia vorrei vedere **risolte entro l'anno (!)**.

Sul fronte della Medicina del Territorio poi è sempre irrisolta la **copertura dei posti lasciati liberi dai colleghi in uscita per raggiunti limiti di età**, visto che restano 50 i posti assegnati a livello nazionale a cui si aggiungono per il 2018 i 10 finanziati dalla Regione Veneto, a fini della partecipazione al necessario triennio formativo per i Medici di Medicina Generale. OMCeO Venezia

si rapporta come istituzione con la Regione Veneto, in quanto Ordine capoluogo di Regione, per la composizione della commissioni di esame: nel 2017 ci sono state **850 domande e 4 commissioni per 50 posti** disponibili.

Appare necessario poi **stroncare sul nascere** con una revisione dell'accesso una nuova situazione serpeggiante tra gli specializzandi che **fa abbandonare anche dopo pochi mesi** i pur agognati corsi di specializzazione, in particolare per le discipline più dure, più pericolose, quelle che ormai vengono scelte per ultime, quelle che restano con i posti liberi fino all'ultimo scaglione di scelta e poi abbandonate una volta che si comprendono i ritmi, senza il fondamentale supporto di adeguati ideali.

Le motivazioni possono essere varie ma alla base c'è la necessità di una **diversa collocazione della classe medica nella società civile**, l'affrancamento dalla schiavitù in cui è caduta, oppressa dal numero di prestazioni sempre maggiori nell'unità di tempo, a parità o aumento di richiesta con la diminuzione

del personale operante.

La caduta della considerazione del medico si traduce nella **sua riduzione a fornitore di prestazioni**, ma le cure mediche sono una summa di conoscenza ed umanità, e lo stress che ne deriva deve essere ristorato o saranno gli stessi medici a non reggere il carico di lavoro che pure hanno sempre desiderato, **fino a cadere in un incubo**.

Da una parte il senso di responsabilità, dall'altra la resistenza personale, poi magari c'è anche la famiglia, gli esempi vicini di amici e conoscenti che hanno una vita normale facendo altre professioni, come 10/15 giorni di ferie a Natale, 3/4 settimane di ferie d'estate, realtà dimenticate per i dottori, **in moltissimi casi mai vissute** in tutta la loro vita lavorativa, solo perché hanno scelto una professione che si è rivelata matrigna.

Sembra che **nessuno voglia aiutare** i medici italiani, ma si pretende che siano sempre perfetti nel momento del bisogno.

Il Commento

13

FNOMCeO: VIOLENZA CONTRO I MEDICI, COMPILATE IL QUESTIONARIO!

Una vera e propria **emergenza di sanità pubblica**: così il presidente della FNOMCeO, **Filippo Anelli**, definisce **l'escalation di violenza** contro tutti gli operatori della sanità.

Per farvi fronte, il Gruppo di Lavoro della Federazione per la sicurezza degli operatori – grazie all'apporto di **Alberto Firenze**, presidente dell'Associazione scientifica Hospital & Clinical Risk Managers – ha messo a punto anche **un questionario** che permetterà di **avere un quadro d'insieme** del fenomeno, monitorando le aggressioni fisiche e verbali, la messa in sicurezza delle sedi, il rischio di burnout dei professionisti.

Il questionario, assolutamente **anonimo, rivolto agli iscritti** di ogni singolo Ordine provinciale, è on line dal 27 luglio scorso sul portale della FNOMCeO e vi resterà **sino al 30 settembre**. Questo il link: <http://questionario.fnomceo.it/index.php/958667/lang-it>.

«La FNOMCeO – ha spiegato Anelli – sta da tempo sollecitando le istituzioni competenti a intervenire, con gli strumenti a disposizione e **individuando nuove soluzioni**, per arginare il drammatico fenomeno della violenza sugli operatori sanitari. L'intento è di rafforzare quel **patto** che tradizionalmente lega il paziente al proprio medico, professionista della salute a cui ci si affida, in uno scambio improntato **alla fiducia reciproca e all'alleanza terapeutica**».



EFFICACE E SOSTENIBILE: PRESENTE E FUTURO DEL SSN

Sfatare alcuni **falsi miti** che circolano sul servizio sanitario nazionale, a partire da quello sulla sua presunta **non sostenibilità**. Questo l'obiettivo dichiarato del seminario a invito sui 40 anni del SSN, organizzato lo scorso 9 giugno al Centro Cardinal Urbani di Zelarino per l'OMCeO veneziano, dal vicepresidente **Maurizio Scassola** e dal segretario **Luca Barbacane**.

Presente in sala buona parte degli attori della sanità pubblica e privata locale, primi fra tutti i due direttori generali delle due aziende sanitarie veneziane **Giuseppe Dal Ben** e **Carlo Bramezza** e il direttore generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione **Domenico Mantoan**, che, attenti e interessati, hanno partecipato all'intero incontro.

Un'intensa mattinata di studi per capire dove stia andando il Servizio Sanitario Na-

zionale, **come rilanciarlo** e quale rapporto si possa instaurare tra pubblico e privato. **Gli spunti emersi** saranno, poi alla base, anche del convegno di #VIS2018, manifestazione dedicata ai 40 anni del SSN, in programma **il 22 e il 23 settembre. Eccone alcuni in sintesi.**

1 – In questo momento di passaggio e di grande attesa i problemi del sistema da affrontare sono tanti: deficit di finanziamento, riorganizzazione, scarso ricambio generazionale, shopping di professionalità di altri paesi europei. Ma la non sostenibilità, spesso, prima che finanziaria è politica. (**Giovanni Leoni**, presidente OMCeO Venezia e vicepresidente della FNOMCeO).

2 – Il nostro SSN è un **esempio nel mondo**

Analisi

14

In prima fila da sinistra Carlo Bramezza, Domenico Mantoan e Giuseppe Dal Ben



Da sinistra Giuseppe Putin, Giuseppe Caraccio, Giuseppe Dal Ben e Filippo Stefani



per il rapporto tra costi ed efficienza, un **patrimonio da tutelare** e rendere sempre più sostenibile, un pilastro della Repubblica a cui non si può rinunciare: il ruolo pubblico deve restare fondamentale e quello privato **complementare e non alternativo**». (Simone Venturini, assessore comunale alla Coesione sociale).

3 – L'Ordine non crede **alla non sostenibilità** del sistema. Perché questo mantra viene ripetuto di continuo? Quanto il privato, in crescita esponenziale, è **funzionale agli obiettivi di salute pubblica?** (Maurizio Scassola, vicepresidente OMCEO Venezia).

4 – Il nostro SSN realizza **il massimo degli obiettivi a costi bassi**. La spesa sanitaria rappresenta il 9-9,5% del Pil: è pochissimo. La nostra sanità costa poco e rende gli italiani **i cittadini più sani e meglio curati al mondo**. Ma la **visione pubblicistica** che viene data della sanità italiana, va nella direzione opposta: di sanità si parla sempre e solo per questioni **di corruzione, di errori e di definanziamento**. Errori madornali da evitare: dimenticare che l'obiettivo della sanità pubblica non è l'economicità, **ma la salute**; creare un **modello sanitario organizzato sulla prestazione**; non avere una voce unica per il mondo della sanità. (Angelo Baldazzi, Osservatorio Salute Previdenza e legalità Eurispes-ENPAM, curatore de *Il termometro della Salute*, primo rapporto sul sistema sanitario).

5 – I direttori generali delle aziende sanitarie devono restare in equilibrio tra **responsabilità gestionali e obiettivi di salute**. L'ottica su cui si muove l'Ulss 4 Veneto Orientale è di collaborazione **e non di competizione** tra pubblico e privato. Diciamo sì solo a strutture o servizi privati di cui c'è veramente bisogno sul territorio. Gli obiettivi sono: ridurre le liste d'attesa e l'appropriatezza, con un occhio di riguardo al rapporto tra ospedale e medici di medicina generale. (Carlo Bramezza, direttore generale Ulss 4 Veneto Orientale).

6 – I fondi sanitari devono essere **realmente integrativi e non sostitutivi**. Purtroppo in questo senso i segnali non sono positivi, con un'impennata enorme negli ultimi anni della spesa privata delle famiglie. Il futuro è riuscire a gestire i pazienti con patologie croniche anche complesse sempre più **a livello territoriale**. (Pio Attanasi, odontoiatra e specialista ambulatoriale interno).

7 – Situazioni complesse non hanno soluzioni lineari: la contrapposizione non favorisce i processi, **la condivisione porta risultati**. Il processo di integrazione tra pubblico e privato **va guidato e non contrastato**, perché altrimenti se ne aumenta la forza. (Giuseppe Ciccù, presidente regionale di Cittadinanzattiva).

8 – Il vero nodo da sciogliere è il **finanziamento** per riuscire a mantenere qualità ed uguaglianza delle cure, per fornire

Analisi

15

ai cittadini, la **migliore salute possibile**. (**Giuseppe Dal Ben**, direttore generale Ulss 3 Serenissima).

9 – Oggi il Paese è diviso in una **ventina di piccole repubbliche sanitarie**. Sono diversi i bisogni assistenziali tra pazienti evoluti, che sanno scegliere, e **una fascia crescente di popolazione** – pensionati, famiglie monoreddito, malati cronici o pluripatologici, invalidi – che, invece, non sono in questa condizione. Queste persone hanno bisogno di risposte e di più servizi a domicilio o sul territorio. Il grande passo sta nella **residenzialità territoriale**: portare parte dell'ospedale **a casa del paziente**. (**Giuseppe Puntin**, vicepresidente di AIOP Veneto, Associazione Italiana Ospedalità Privata).

10 – La spesa sanitaria privata è salita a **39,7 miliardi di euro**, – un aumento del **9,6%** tra il 2013 e il 2017 – coinvolge 44 milioni di italiani, con un **esborso medio di 650 euro** a testa e va per lo più, il 54,5% in visite specialistiche, in lenti e occhiali (77,5%) e cure odontoiatriche (89,2%). Le strutture accreditate possano essere una **valida**

risposta perché sono efficienti, hanno **costi contenuti e sostenibili, contributi trasparenti** e sono facilmente controllabili. (**Giuseppe Caraccio**, vicepresidente vicario di Anisap Veneto-Trentino Alto Adige).

11 – L'**attività odontoiatrica** ha per lo più a carattere privato, ma si impegna tanto anche sul fronte pubblico. Avrebbe bisogno **di più aiuto da parte delle istituzioni**, ad esempio sotto il profilo degli sgravi fiscali e dell'accreditamento o delle cure gratuite. (**Filippo Stefani**, presidente di ANDI Venezia).

12 – La libera professione è un **diritto del medico** e **una libera scelta del cittadino**: in Veneto è assolutamente regolamentata e i controlli sono molto efficaci. Nel nostro territorio è limitata perché la **sanità funziona bene** e le liste d'attesa sono rispettate. (**Domenico Mantoan**, direttore generale Area Sanità e Sociale della Regione).

13 – L'obiettivo del nuovo piano sociosanitario regionale è **migliorare il processo assistenziale spendendo meno**. Il piano in discussione propone tre tipi di contratto per chi si occupa di cure primarie, cioè medici di

Analisi

16



Da sinistra Maurizio Scassola, Francesco Bortoluzzi e Angelo BaldaZZi



famiglia e pediatri di libera scelta: **dipendente, convenzionato o accreditato**. L'idea è che la cronicità sia presa in carico da strutture diverse, come gli **ospedali di comunità**, avendo la **massima libertà organizzativa**. (**Domenico Mantoan**, direttore generale Area Sanità e Sociale della Regione).

sistema: la sanità non produce più deficit. I problemi veri sono la mancanza dei medici, la formazione, il rinnovo delle agenzie, le decisioni sui farmaci. Per risolverli la soluzione è una sola: **l'autonomia regionale** in materia di sanità. Solo così si può mantenere il nostro **livello di efficienza, efficacia e qualità**. (**Domenico Mantoan**, direttore generale Area Sanità e Sociale della Regione).

Analisi

17

14 – Il problema non è la sostenibilità del



Da sinistra Carlo Bramezza e Francesco Bortoluzzi

VENEZIA IN SALUTE 2018 FESTEGGIA IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- Giovanni Leoni, Presidente OMCeO Provincia di Venezia
- Gabriele Gasparini, Vicepresidente Fondazione Ars Medica

L'ottava edizione di VIS, *Venezia in Salute*, si terrà il **22 e il 23 settembre** tra Venezia e Mestre e avrà come tema il **quarantennale del Servizio Sanitario Nazionale**.

Confermata la formula che prevede **una prima giornata congressuale** con un tema di interesse generale e una **seconda giornata di incontri all'aperto** fra associazioni, enti, istituzioni e gente comune.

Nel 2017 il video promozionale della manifestazione **univa la città d'acqua a quella di terra** ed aveva come protagonisti l'Assessore alla Coesione sociale del Comune di Venezia Simone Venturini e il duo artistico Cafè Sconcerto.

Quest'anno VIS inizierà in centro storico nella giornata del 22 settembre con un congresso organizzato presso la Sala degli Angeli dell'Ospedale Civile Santi Giovanni e Paolo, in collaborazione con la **Scuola Grande di San Marco dell'AULSS 3 Serenissima**.

Le istituzioni e i relatori presenti all'edizione 2018 **elevano il livello di VIS ad evento nazionale**. Il congresso di settembre di VIS segue un altro importante evento che si è svolto il 9 giugno a Mestre – Zelarino (di cui diamo conto in questo Notiziario a pag. 14),

Il convegno di #VIS2017



Da sinistra Simone Venturini, Giovanni Leoni e Gabriele Gasparini alla presentazione dell'edizione 2017 di VIS

che ha visto il **confronto diretto** delle **maggiori componenti della sanità veneta** a livello pubblico e privato.

Un incontro partecipato che **ha dimostrato l'attualità del tema** e la necessità della discussione dei suoi elementi fondamentali declinato a livello della Regione Veneto.

Il SSN nonostante un finanziamento tra gli ultimi posti a livello europeo **vive grazie al lavoro delle migliaia di addetti** a tutti i livelli ed è la risorsa principale per milioni di cittadini che accedono alle cure indipendentemente **dalle loro possibilità economiche**.

È un sistema classificato ai primi posti nel mondo come **qualità globale**.

Il convegno intende analizzare l'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale dalla sua nascita ai nostri giorni, giungendo ad ipotizzare nella discussione della tavola rotonda **quali possibili trasformazioni ci aspettino** nel prossimo futuro.

Partendo dalle condizioni sociali e politiche dell'epoca che hanno portato alla sua fondazione si passerà **all'evoluzione del ruolo**

lo medico, delle nuove tecnologie, dell'etica della professione, dei **problemi del finanziamento** del nostro sistema in paragone agli altri sistemi sanitari mondiali.

Sarà considerata l'evoluzione del programma previdenziale per il futuro in sicurezza dei professionisti dedicati alla tutela della salute.

Si tratterà poi anche la questione della **trasformazione al femminile** della professione medica che renderà necessario l'assoluto rispetto di ritmi di lavoro **compatibili con il ruolo della donna nella società** anche a livello extra lavorativo.

Sarà analizzata poi l'evoluzione tecnica e organizzativa dell'**Odontoiatria**, una branca in cui **scienza ed imprenditoria si fondono**, una disciplina che origina da un'attività del singolo professionista che evolve verso aggregazioni e società miste.

Tra i temi affrontati ci saranno naturalmente **il rapporto fra pubblico e privato** e la **ristrutturazione della rete ospedaliera italiana** con un confronto fra esperti del settore, rappresentanza di cittadini e sindacati medici della varia aree, territorio, ambulatorio specialistico e ospedaliero.

Una panoramica che origini dalla **consapevolezza del passato come strumento** per affrontare le sfide future.

Domenica 23 settembre, sarà, invece, **evento in mezzo al tessuto sociale della città** a Mestre, tra via Palazzo e l'area di Piazzetta Pellicani-Piazza Ferretto, con la **partecipazione di circa 40** fra enti, associazioni e istituzioni ospitate nei tradizionali gazebo, simbolo della domenica di VIS.

Dal palco saranno proposte **le esperienze più significative** delle realtà sanitarie della Provincia di Venezia e delle nostre AULSS 3



I caratteristici gazebo in piazza per VIS

Serenissima e 4 Veneto Orientale attraverso la dimostrazione delle **buone pratiche in sanità** e il racconto e la promozione delle iniziative più significative per il cittadino.

Nel pomeriggio le più importanti associazioni di Nordic e Fit Walking di vari territori della Provincia di Venezia racconteranno alla popolazione la **validità e la varietà di offerta** della realtà sportiva praticabile non solo su pista o in strada, ma anche in parchi e spiagge. Un **messaggio di salute** che stimoli al movimento fisico al fine di **vivere meglio e più a lungo**, lontani da malattie evitabili e relativi farmaci. Avrà luogo **una camminata sportiva dimostrativa** aperta a tutti lungo il centro pedonale di Mestre.

Infine, verso sera, l'Ordine e la Fondazione Ars Medica, che da sempre a tutti i livelli **agiscono per la sanità e la tutela dei cittadini e degli operatori**, in occasione del quarantesimo compleanno del Servizio Sanitario Nazionale offriranno agli operatori sanitari e alla cittadinanza tutta **un grande concerto della Magical Mystery Orchestra** che con le musiche dei Beatles allietterà e concluderà l'edizione 2018 di *Venezia in Salute*.

Eventi

19





Professione

LO SGUARDO FEMMINILE SULLA QUESTIONE MEDICA

- Giovanni Leoni, Presidente OMCeO Provincia di Venezia
- Ornella Mancin, Presidente Fondazione Ars Medica
- Chiara Semenzato, giornalista OMCeO Provincia di Venezia

Professione

20

Le donne, se vogliono contare nella professione, **devono esprimere un proprio pensiero autonomo e dimostrare il loro valore**. Lo ha sostenuto il professor Ivan Cavicchi, docente all'Università Tor Vergata di Roma, all'apertura del convegno *Questione medica al femminile*, organizzato dall'OMCeO bolognese il 19 maggio scorso.

Una giornata di studi, alla presenza delle **11 donne presidenti di Ordini in Italia**, del vicepresidente della FNOMCeO **Giovanni Leoni**, che ha sostituito il presidente Filippo Anelli, e, per l'Ordine veneziano, di **Ornella Mancin**, per riflettere sulle tante questioni legate alla presenza femminile tra i camici bianchi: l'impatto nei vari settori della medicina e della chirurgia, dall'attività nel 118 a quella ospedaliera a quella odontoiatrica, la scarsa rappresentanza in posizioni di vertice, la violenza sugli operatori sanitari.

Indiscutibile e massiccia la transizione di genere che sta attraversando la sanità italiana: tra i medici le donne stanno rapidamente superando gli uomini, basti pensare che tra gli iscritti ai corsi di medicina il 70% è di genere femminile. «Un ingresso quello delle donne in medicina – spiega Ornella Mancin – che, come è stato detto al convegno, non è neutro, ma **portatore di domande** che obbligano a ragionare **su modifiche dell'organizzazione del lavoro e su nuovi modelli e valori professionali**». Cambiamenti significativi nella professione, però, allo stato attuale non se ne sono visti tanti.

C'è, inoltre, un **problema di rappresentanza**: pur essendo, infatti, numericamente così

significative, le donne sono **pressoché ininfluenti**, occupando solo raramente ruoli di vertice: appena 11, su 107 Ordini in Italia, le donne presidente, nessuna nel Comitato centrale della FNOMCeO, rappresentanza quasi nulla nei sindacati, scarsissima all'ENPAM e nelle società scientifiche. Una scarsa presenza non legata tanto all'indisponibilità delle donne all'impegno, quanto a un sistema di rappresentatività penalizzante e a una **certa tendenza** delle donne stesse a sentirsi **a traino degli uomini**.

«Dal convegno – continua la consigliera OMCeO – è emersa l'idea che le donne medico siano troppo spesso **prigioniere di una mentalità** che, per emergere, le obbliga a **ricalcare le orme maschili**, senza riuscire a mettersi in gioco su un piano diverso, capace di riconoscere e valorizzare le caratteristiche di genere».

«La femminilizzazione in atto – ha sottolineato Cavicchi – non ha finora portato cambiamenti significativi. Le donne, se vogliono contare, devono dimostrare il loro valore. È poi necessario **aggiornare la deontologia sulla femminilizzazione**: pur essendo del 2014, il codice attuale non contiene nulla sul tema. Bisogna aggiornarlo per distinguere il malato secondo il genere, per combattere le discriminazioni di genere, per ripensare l'organizzazione del lavoro, per assumere il genere come valore della singolarità».

Le donne medico, insomma, devono **uscire dall'isolamento** ed entrare nella questione medica. «Le donne – ha aggiunto Cavicchi – hanno un'evidente capacità di relazione che rappresenta un valore clinico importante. Da

questo convegno parte **un grido di dolore**: ci sono aspetti discriminatori, ingiustizie, immoralità, che vanno colmate. C'è bisogno di una tutela normativa di cui la FNOMCeO deve farsi carico. C'è da parte delle donne la richiesta di poter esprimere le proprie potenzialità».

Ed uscire dall'isolamento significa anche **non accettare di occuparsi sempre e solo di temi storicamente di competenza femminile**, come la maternità o la violenza di genere, e non chiudersi in recinti di esclusiva competenza rosa, come le commissioni pari opportunità o gli osservatori femminili.

«Le relazioni – ha sottolineato la dottoressa Mancin – hanno evidenziato come le donne medico debbano cominciare **a sviluppare un pensiero autonomo**, una visione a 360 gradi sulla professione, un pensiero capace di fornire uno sguardo femminile alla questione medica. E c'è soddisfazione per la fase nuova avviata all'interno della FNOMCeO: la professione ha finalmente preso coscienza della propria crisi epocale e si mette in gioco con una progettualità riformatrice. Il pensiero riformatore deve tener conto della doppia specificità di cui è composta la professione oggi».

A spiegare come la Federazione nazionale si stia muovendo sulle donne è stato il vicepresidente, e presidente dell'OMCeO lagunare, **Giovanni Leoni**. Il Comitato Centrale e il Direttivo della Federazione per il triennio 2018-2020, eletti a fine gennaio 2018 con un gradimento elevatissimo, fino a 1700 voti per il Presidente Anelli su 2000 voti utili e con il 100% della partecipazione dei 106 Ordini d'Italia, sono operativi da circa 3 mesi e mezzo.

Tra le situazioni di emergenza si sono occupati della violenza sugli operatori sanitari: le **vittime nei due terzi dei casi sono donne**. L'importante presenza femminile nella professione medica anche in ruoli esposti, come le attività in Guardia Medica o nei Pronto Soccorso, pone ulteriori problematiche di sicurezza per l'**inadeguatezza delle sedi** in particolare nel Centro Sud.

I recenti episodi di violenza di Catania e di Bari sono stati portati all'attenzione della cronaca grazie al coraggio di due dottoresse di Continuità Assistenziale che hanno partecipato in prima persona al dibattito televisivo sul dramma da loro stesse vissuto. Sul tema, durante il convegno bolognese, magistralmente organizzato

dal **presidente Giancarlo Pizza**, si sono più volte accesi i riflettori.

Il Comitato Centrale della FNOMCeO ha, dunque, delineato la necessità di **una capillare partecipazione della rappresentanza femminile** in tutte le Commissioni Nazionali, sede del dibattito fondamentale per evoluzione della rappresentanza dei medici italiani.

Dal canto loro, le donne medico chiedono alla Federazione nazionale di **lavorare insieme**, di poter dare il loro contributo di pensiero sulla professione perché la questione medica riguarda tutti, uomini e donne, e proprio a queste ultime spetta il compito di essere portatrici della specificità femminile.

Tra le relazioni che hanno suscitato il maggior interesse: quella della presidente di Bolzano Monica Oberrauch, che ha raccontato le modalità organizzative nel lavoro che aiutano le mamme; quella della presidente fiorentina Teresita Mazzei, che ha illustrato uno studio fatto ad Harvard sui tanti riflessi positivi che l'empatia delle donne ha sulla guarigione dei pazienti; quella del medico legale dell'asl bolognese Caterina Manca sulla violenza agli operatori sanitari e quella di Maria Luisa Agneni, pneumologa romana, sui problemi legati alla rappresentanza.

Insomma: c'è molto da rinnovare. Serve soprattutto **un cambio di passo culturale** in primo luogo tra le stesse donne, per smettere di sentirsi ausiliarie dell'uomo. Lo dicano, le donne medico, come immaginano e vogliono la loro professione: solo così potranno entrarci quei valori tipici, e irrinunciabili, del genere femminile.





Professione

CHE SIGNIFICA CPO DELL'ORDINE?

• Alessandra Cecchetto, Presidente della CPO OMCeO Provincia di Venezia

Professione

22

Nel passato triennio le Commissioni Pari Opportunità (CPO) non erano state costituite in tutti gli Ordini dei Medici del Veneto. Erano presenti solo a Verona, Treviso e Venezia. Come mai? **Le CPO hanno fatto il loro tempo?** I problemi di equità negli incarichi, nella rappresentanza, nella previdenza, sono già risolti?

La legge costitutiva degli Ordini degli Avvocati obbliga il loro Consiglio ad avere una rappresentanza di genere mai superiore ai 2/3 rispetto all'altro. Da noi nel passato triennio solo a Padova le Consigliere erano 7 su 17, mentre in tutti gli altri Ordini **erano da 3 a 1** sempre su 17. L'unica donna ad avere una carica ordinistica era la dottoressa Benetti, segretario dell'Ordine di Vicenza.

È una questione di competenze? Le donne medico non vogliono impegnarsi nella rappresentanza? Siamo allergiche/i alle quote rosa a tal punto da ritenerle superate (pur se i numeri dicono il contrario)? Oppure, per caso, non ci si scontra con quell'invisibile barriera che ostacola l'accesso delle donne alle posizioni apicali, il cosiddetto **"soffitto di cristallo"**?

Ho trovato molto interessante riguardare la storia delle Pari Opportunità che è storia recente, sollecitata nel mondo occidentale negli anni Sessanta del '900 negli USA, quasi per caso, giusto per contrastare l'accesso... degli afroamericani alla rappresentanza politica nel Congresso.

In Europa la Comunità Europea col Trattato di Roma prima (1957) e con quello di

Maastricht poi (1992) ha posto l'attenzione sulle **diseguaglianze tra donne e uomini**, introducendo la pratica delle azioni positive, tese a riequilibrare situazioni di palese discriminazione di genere.

Quindi a cascata le varie direttive europee (Amsterdam 1997) e in Italia la modifica del titolo V della Costituzione, art. 51 (2003) hanno evidenziato che **molte consuetudini di fatto escludevano** le donne dalle posizioni apicali perché erano legate a una cultura androcentrica, «della **cooptazione per omologhi**, per cui si tende ad affidare incarichi a soggetti a sé simili, per genere e cultura, come garanzia di affidabilità» (Balocco), cultura che andava modificata.

Le quote rosa introducono una diseguaglianza (privilegiando una parte e "garantendola" alle elezioni politiche e nelle istituzioni) ma per **colmare un gap** che è evidentissimo. Basta scorrere una qualsiasi fotografia di incontri ufficiali di Capi di Stato, Rettori Universitari, Capitani d'Industria, Direttori generali delle aziende sanitarie o di... Primari.

L'Osservatorio della professione medica al femminile voluto dalla FNOMCeO, a Firenze nel 2011 si chiedeva come mai a fronte del 37% di donne medico iscritte ai 106 Ordini dei Medici in Italia, solo il 16,9% facesse parte degli organismi direttivi.

Spesso si dice: **il problema si risolverà da solo**. Già nel 2011 il 64% dei medici sotto i 35 anni iscritti agli Ordini erano donne seguendo un trend in costante aumento. L'Osservatorio però avverte: «Occorre porre attenzione al fatto che, se il medico è donna,

per lei **conciliare carriera e vita privata** sarà, se non quasi impossibile, veramente di difficile realizzazione. Infatti il 30% delle donne medico all'apice della carriera è single o separata; ma lo stesso prezzo in termini di vita privata non viene chiesto ai colleghi uomini: solo il 10% di loro vive la stessa situazione. La differenza riguarda tutto l'arco affettivo. Quasi una donna medico su tre non ha figli, contro il 13% dei medici uomini. Il 20% delle donne medico ha scelto di mettere al mondo un unico figlio, mentre i Colleghi con un unico figlio sono solo il 16%». E ancora: «Le donne medico sono

il 90% dei medici in part-time e il 57% dei precari».

A otto anni di distanza, non sappiamo che esito a livello nazionale abbiano avuto queste osservazioni e le proposte avanzate dall'Osservatorio. Ci pare però che se qualcuno in Regione sostiene che tutte le astensioni per maternità delle Colleghe trovino una rapida sostituzione, che le Direttive europee sui tempi di lavoro in corsia siano assolutamente rispettate, che il turnover non sia bloccato, che le donne medico non abbiano problemi di carriera apicale, le CPO abbiano ancora **moltissimo lavoro** da compiere.



Fad In Med

La formazione a distanza per medici, odontoiatri, infermieri, assistenti sanitari e infermieri pediatrici



Professione

23

MEDICINA DI GENERE: FORMAZIONE A DISTANZA CON LA FNOMCeO

Salute di genere: questo il tema del nuovo corso di formazione a distanza, **gratuito**, organizzato dalla FNOMCeO per i medici e gli odontoiatri italiani, on line dallo scorso 20 luglio sulla piattaforma Fadinmed (www.fadinmed.it) e che resterà attivo fino al **19 luglio 2019**. Coordinato da **Teresita Mazzei**, per la prima volta nelle lezioni a distanza, il corso – che assegnerà **8 crediti** – sarà strutturato attraverso **dieci video di venti minuti**, seguiti da altrettanti questionari ECM.

Questa formazione sul tema nasce dall'ormai ancorata convinzione che donne e uomini siano diversi, **si ammalino in modo diverso** di una stessa patologia, presentino sintomi differenti, reagiscano in modo anche opposto alle terapie. «La Medicina di Genere – spiega **Roberto Stella**, coordinatore dell'Area Strategica della Formazione FNOMCeO – rappresenta **un obiettivo strategico**. Questo corso mira a favorire una cultura e una presa in carico della persona che tenga presente **tutte le differenze di genere**, sotto tutti gli aspetti».

CHIAREZZA E PRUDENZA PER IL CERTIFICATO "PERFETTO"

• Chiara Semenzato, giornalista OMCeO Provincia di Venezia

Poche semplici accortezze, un'attenzione in più e la **giusta dose di prudenza**: questo il segreto per redigere certificati pressoché perfetti, qualsiasi siano le mani in cui poi finiranno. Si perché ormai questi documenti ufficiali non arrivano solo sui tavoli dei colleghi medici, ma spesso anche su quelli della magistratura o delle assicurazioni. Per questo devono **essere inattaccabili**.

Sono stati all'insegna **della concretezza e della praticità** i due seminari di approfondimento di pratica certificativa che si sono svolti nella sede mestrina dell'Ordine il 22 marzo e il 12 aprile scorsi, organizzati da **Cristina Mazzarolo**, medico legale del Dipartimento di Prevenzione dell'Ulss 3 Serenissima, nonché consigliera dell'OMCeO veneziano.

«Abbiamo cercato – ha spiegato – di fare poca filosofia, di dare **un taglio assolutamente pratico**, di **richiamare alla mente le criticità** che capitano. Requisiti non soddisfatti nei certificati possono avere risvolti spiacevoli anche per i colleghi medici».

Una sintesi della prima serata

"Riferita inalazione da fumo", "Vomito abituale", "Dolore": sono solo alcuni esempi, e neanche i più strampalati, di **diagnosi incongrue** presenti nei certificati di malattia, primo tema affrontato all'Ordine. Diagnosi **incomplete** e che hanno fatto sorridere i tantissimi medici, soprattutto di famiglia, presenti in sala, ma che **sono assolutamente reali**.

A illustrare la casistica legata ai certificati di malattia è stato **Luca Cattozzo**, dirigente medico dell'INPS di Vicenza, con il sostegno di **Achille Ungaro**, direttore dell'INPS di Venezia e di Vicenza. Gli esperti hanno illustrato le novità legate **all'invio telematico** delle certificazioni e **del polo unico malattia per le visite fiscali**: è l'INPS ora ad occuparsene sia per i



Cristina Mazzarolo ha organizzato le due serate all'Ordine sui certificati

dipendenti privati sia per alcune categorie di dipendenti pubblici, forze armate escluse.

«Tenete presente – ha ammonito Cattozzo prima della sua carrellata di orrori diagnostici – che ormai **i certificati girano**. Dobbiamo stare **ben attenti a ciò che scriviamo**. E **non abbiate paura** a inserire dati medici e sanitari dei vostri pazienti: all'INPS sono **visti e processati solo da medici**, non dagli amministrativi».

Durante la serata spazio anche a **Giuseppe Resch**, dirigente medico dell'INAIL di Venezia, che ha sottolineato come per l'ente l'infortunio professionale sia chiuso non quando il paziente è guarito ma quando **la situazione si è "stabilizzata"**. Nel suo intervento ha spiegato poi come il requisito più importante sia la **corretta trascrizione di un puntuale esame obiettivo**. «Scrivere solo lombalgia – ha detto – non riporta un esame obiettivo. Se nella cartella clinica non c'è l'anamnesi, è **negligenza**, una colpa grave».

Si è soffermata, infine, sui requisiti formali e sostanziali dei certificati che, **se mancanti, in-**

ficiano il documento, Cristina Mazzarolo sottolineando l'estrema importanza per il medico **dell'obbligo di documentazione**. Veridicità, chiarezza e completezza vanno sempre tenute presente ricordando «che noi non scriviamo per noi stessi, ma per il paziente, per un collega o un magistrato. Bisogna scrivere in modo chiaro e comprensibile, meglio non usare gli acronimi. Sto ancora cercando di decifrare certe faccine utilizzate...».

Una sintesi della seconda serata

Al centro della seconda serata i requisiti formali e sostanziali che rendono validi alcuni certificati particolari, ma di **pratica corrente per qualsiasi medico: la constatazione del decesso e la denuncia di morte (la scheda ISTAT)**, obbligatori alla morte di una persona. Tra i requisiti di validità più importanti c'è **l'ora della constatazione del decesso**, «che non è banale – spiega la dottoressa Mazzarolo – perché nell'ora indicata non cessa di esistere solo la persona fisica, **ma anche quella giuridica**. È in quel momento, ad esempio, che possono partire una successione o un'eredità». Quella che va riportata nel certificato, allora, non è l'ora riferita dai familiari **«ma il momento in cui noi, nel posto in cui si trova la persona morta, ne constatiamo il decesso**. Non è banale, talvolta capita ci siano nei certificati incongruenze o difficoltà».

Approfondimenti anche sul tema del **trasferimento della salma** e sulla **denuncia di causa di morte**, un certificato **obbligatorio**, omogeneo in tutta Italia, con campi precisi da compilare, utilizzato a **fini statistici ed epidemiologici**.

«Un certificato – sottolinea la dottoressa Mazzarolo – che deve essere il più completo possibile e che spetta al medico curante. Scrivere



“arresto cariocircolatorio” **non ha senso**: la scheda ISTAT è un documento ufficiale che serve **a risalire alla causa iniziale della morte**, a capire la causa fisiopatologica del decesso».

Certificati diversi sono quelli legati **ai nuovi reati di omicidio stradale o lesioni personali stradali**, introdotti dalla legge n° 41 del 23 marzo 2016 e illustrati da **Silvano Zancaner**, direttore di Medicina Legale dell'Ulss 3 Sere-nissima. Una normativa severa con pene alte, fino a 18 anni di carcere. Tra i temi affrontati: il dovere di **collaborare a fini di giustizia**, i documenti – **referto o denuncia di reato** – da presentare, la classificazione delle lesioni personali legate a sinistro stradale, i rischi che il medico corre con la nuova normativa.

«Il mio consiglio – ha concluso Zancaner – è di usare **prudenza** nelle valutazioni di durata della malattia, una durata che deve essere legata **a lesioni obiettivabili e non a sintomi riferiti**. Per quanto possibile cercate di **distinguere chiaramente** il concetto di malattia da quello di “postumi”».

Nell'ultima parte della serata, infine, con **Angelo Coletti**, primo Dirigente medico della Polizia di Stato e viceconsigliere ministeriale, si è parlato dei **certificati anamnestici per l'idoneità psico-fisica alla guida e al porto d'armi**. «Il certificato anamnestico – ha detto – deve essere fatto **ogni volta che si fa una patente di guida**, anche se ce n'è già una e **si vuole acquisire una categoria** di patente diversa».

Sul fronte del **porto d'armi**, il certificato anamnestico può essere rilasciato **solo dal medico di famiglia** e la legge specifica che **l'uso di sostanze stupefacenti e l'abuso di alcol** possono essere **cause di non idoneità**. «Succede talvolta, però – ha aggiunto – che il medico **non sappia** che al paziente è stata ritirata la patente per abuso di alcol. Il consiglio che, comunque, vi dò è quello di non pensare che la **buona fede del paziente sia sempre automatica**».

Attenzione, chiarezza e prudenza, insomma, i segreti per non fare errori e dormire sonni tranquilli.

Tanti i colleghi, soprattutto medici di famiglia, che hanno partecipato alla formazione

TIROIDE E TUMORE DEL CAVO ORALE: SERVE LA DIAGNOSI ANTICIPATA

• Chiara Semenzato, giornalista OMCeO Provincia di Venezia

Formazione

26

Neoplasie complesse, quelle del cavo orale, «**le peggiori in assoluto**, quelle in cui a farla da padrona è la **chirurgia**: neoplasie che colpiscono tutti, uomini, donne, giovani e anziani, che di norma arrivano agli specialisti **in fase avanzata di malattia**, allo stadio 3 o 4, in cui bisogna **lavorare tutti insieme**, ospedale e territorio e cominciare **il prima possibile**».

Lo ha spiegato **Roberto Spinato**, coordinatore della Rete Integrata ORL/Maxillo Facciale dell'Ulss 3 Serenissima, giovedì 10 maggio, al corso di aggiornamento sulle patologie ORL, da lui organizzato nella sede mestrina dell'Ordine con la preziosa collaborazione di **Doriano Politi**, direttore dell'Unità Operativa ORL, e di **Michele Franzinelli**, direttore della Chirurgia Maxillo-Facciale e Odontostomatologia, sempre dell'azienda sanitaria veneziana.

Una complessità sottolineata anche nel suo saluto iniziale dal presidente dell'OMCeO veneziano **Giovanni Leoni**. «Ringrazio questi **chirurghi di fama internazionale** – ha detto – per essere qui stasera. La patologia del collo è quella della regione **forse più complicata** di tutto il corpo umano: le problematiche di chi deve lavorare in quella regione e le possibili implicazioni medicolegali individuano persone che si sono dedicate a **fare cose molto difficili**. E non sono tante. Questa serata ha anche l'obiettivo di **avvicinare la medicina ospedaliera a quella del territorio**, dando la possibilità agli specialisti di illustrare ai colleghi le patologie più importanti e le tecniche di cura più innovative, di cui anche i medici di medicina generale devono essere a conoscenza».

Dopo una breve illustrazione delle attività della Scuola triVeneta delle discipline Otorinolaringoiatriche, il dottor **Doriano Politi**, avvalendosi



Il dottor Roberto Spinato

di tavole anatomiche disegnate nel 2000 dal dottor **Fabio Boruso**, ha aperto la serata con alcuni brevi cenni **sull'anatomia della tiroide**, soffermandosi sulle arterie tiroidee inferiore e superiore, sulle varianti anatomiche, sui linfonodi, sulle paratiroidi e sui nervi, laringeo superiore e inferiore, «quelli – ha sottolineato – che preoccupano sempre il chirurgo».

Subito dopo il professor Spinato ha, invece, illustrato le **indicazioni al trattamento chirurgico del paziente per il nodulo tiroideo**. «L'incidenza del cancro occulto nella tiroide – ha spiegato – varia nell'adulto **tra il 4 e il 35%**, ma se facciamo un'ecografia qui tra noi in sala, metà di noi ce l'ha. Per fortuna la stragrande maggioranza dei nodi rilevabili è **benigna**. Uno studio americano ha osservato, però, che, nonostante il forte aumento dell'incidenza in tutto il mondo, da 18mila casi del 2000 a 48mila nel 2011, **non sono affatto aumentati i decessi** legati al cancro della tiroide. Questo significa, innanzitutto, che è stata fatta **una diagnosi più accorta**, con più sensibilità da parte dei medici di medicina generale, e che le neoplasie trovate sono tutte al di sotto dei 2 centimetri, quelle piccole che potreb-

bero corrispondere ai carcinomi occulti».

Il professore, dopo aver sottolineato ancora come, per fortuna, la stragrande maggioranza dei casi, il 90%, sia di carcinomi papillari o follicolari, ha passato in rassegna i **vari tipi di nodulo** e la loro classificazione, spiegando anche il tipo di trattamento più adatto: da quello benigno, dove la chirurgia non serve, a quelli maligni, il TIR3B, con rischio di cancro al 26%, il TIR4, al 60-75%, il TIR5, in cui la chirurgia è fortemente raccomandata.

«**Obiettività e palpazione** sono fondamentali – ha concluso dopo aver analizzato anche le varie tecniche chirurgiche utilizzate nei singoli casi – il paziente va guardato in faccia, va guardato il collo, va guardato in piedi, seduto e disteso sul lettino. La tiroide è un **organo da prendere con le pinze**, è vascolarizzato, ha numerose varianti anatomiche che vanno conosciute: bisogna stare molto attenti, il campo operatorio è **molto ristretto**. L'approccio terapeutico primario è la chirurgia, ma è indispensabile anche **l'approccio multidisciplinare**: medico di medicina generale, endocrinologo, chirurgo toracico, se necessario, e medico di medicina nucleare concorrono tutti al controllo della malattia e della qualità di vita del paziente».

Tutta dedicata al **tumore del cavo orale**, invece, la seconda parte della serata con il dottor **Michele Franzinelli** che ha inquadrato il fenomeno sottolineando come «colpisca più gli uomini rispetto alle donne, ma come sia in crescita anche per il genere femminile negli ultimi anni, e come i fattori di rischio principali siano l'alcool, il tabacco, l'HPV, le radiazioni, il deficit di ferro e la suscettibilità genetica».

Ben **12mila le prestazioni ambulatoriali erogate** all'anno dal suo servizio. «Di queste – ha aggiunto – 2.500 sono prime visite odontoiatriche richieste dai medici di base, di cui il 12% è stato poi sottoposto a biopsia. Un decreto regionale pubblicato ad agosto, però, ha modificato la branca 35, con **alcune prestazioni non più erogabili**, creando problemi alle richieste del nostro servizio».

Al dottor Politi, invece, il compito di illustrare, ancora con immagini reali, gli **obiettivi della chirurgia**, di quella trans-orale, di quella open con o senza ricostruzione, di quella ricostruttiva attraverso l'uso dei lembi.

La parola è tornata, infine, al professor Spinato per illustrare **l'epidemiologia del fenomeno**.



In primo piano da sinistra Michele Franzinelli e Dorian Politi

«Le neoplasie delle vie aeree superiori – ha detto – sono il 20% dei tumori a livello mondiale, in Italia **13-14mila nuovi casi all'anno**, 8mila del cavo orale e orofaringe, 6mila della laringe. Ma se l'incidenza media italiana è di 16 su 100mila abitanti, nel Triveneto sale a 40. Il **60-70% arriva in fase avanzata** con sopravvivenza inferiore al 50%: è, dunque, **indispensabile vedere i pazienti in fase iniziale**, quando la sopravvivenza è del 90%. L'approccio alla patologia è facile, basta guardare il cavo orale, ma la diagnosi avviene in fase troppo avanzata».

Il coordinatore della rete ORL/Maxillo-Facciale ha poi analizzato i **vari passaggi della terapia**: l'accertamento istologico, la stadiazione, la chirurgia e le sue vie d'accesso, l'utilizzo dei lembi e portato, con l'aiuto di tante fotografie, tanti esempi pratici di casi clinici affrontati.

«Non sappiamo – ha concluso – come agisce questo tumore. In stadio avanzato, nonostante i progressi dei trattamenti combinati, la sopravvivenza non è aumentata. Oltre alla prevenzione, importantissima, sono fondamentali anche la ricerca biomedica, la didattica, la multidisciplinarietà e l'integrazione terapeutica. Ma è importante soprattutto la **centralità del malato**: il malato non è un numero, i pazienti sono diversi uno dall'altro e bisogna far loro **una terapia personalizzata**».



CLINICHE LOW COST E GIOVANI: IL MIO IMPEGNO PER ANDI VENEZIA

- *Filippo Stefani, Presidente ANDI Venezia
e Consigliere CAO OMCeO Provincia di Venezia*



Odontoiatria

28

Essere stato eletto Presidente ANDI Venezia per il prossimo quadriennio è sicuramente **un impegno**, specialmente dopo **l'eccellente presidenza del dottor Stefano Berto** che per otto anni ha guidato l'Associazione con equilibrio, tessendo ottimi rapporti con l'Ordine e gli altri sindacati territoriali. Sarà mio impegno **continuare questa politica di equilibrio** tra le rappresentanze odontoiatriche della provincia, Ordine, Coi, ANDI.

Ci troviamo, oggi, in un **momento non favorevole** per la libera professione odontoiatrica. Sono **in espansione le grandi catene** di cliniche odontoiatriche gestite dai grandi capitali che attirano i pazienti con **discutibili promesse di risparmio e discutibile qualità delle cure**. Sono società commerciali dove i pazienti non trovano medici che guardano alla loro salute con etica professionale, ma trovano addetti al marketing che propongono finanziamenti per l'acquisto di protesi dentarie. In questi centri dentali spesso si fa overtreatment **per incassare più denaro** e raggiungere i budget annuali. L'obiettivo di ANDI sarà quello **d'in-**

formare i cittadini del modus operandi di queste cliniche e di controllare la pubblicità di questi centri per scoraggiare abusi dell'attività informativa e comunicativa.

Un'attenzione particolare verrà riservata ai **giovani odontoiatri** che risentono anche loro dei cambiamenti del mondo odontoiatrico. I neolaureati possono trovare impiego in studi dentistici come collaboratori. **Saremo a disposizione** per dare loro l'elenco di studi disponibili; daremo loro i consigli per come subentrare ad un studio dentistico favorendo il cambio generazionale. Per questo motivo nel Consiglio ANDI Venezia **è stata istituita una Commissione Giovani** che, all'unisono con la Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine, lavorerà per **creare delle linee guida** per coloro che si affacciano nel mondo della libera professione.

Io credo fortemente in ANDI che con i suoi **25.445 soci** è il maggior sindacato di categoria e anche dell'intera area medica. È il principale riferimento del settore odontoiatrico e come tale **è presente** con i suoi rappresentanti **in**



diversi tavoli ministeriali, in ENPAM, in ConfProfessioni e negli Enti Bilaterali nonché nei più importanti organismi internazionali; i dati del Centro studi ANDI sono puntualmente utilizzati per tutte le analisi che riguardano l'odontoiatria.

A livello provinciale lo sforzo sarà quello di **raccolgere i problemi** dei soci e cercare di risolverli. Sarebbe auspicabile **analizzare il problema più diffuso e condividerlo** con il comparto regionale e addirittura con il nazionale per poterlo poi portare ai tavoli più autorevoli.

Per quanto riguarda l'aggiornamento culturale, cercheremo di garantire i crediti ECM necessari con la minima spesa possibile per i soci come abbiamo sempre fatto, organizzando incontri sugli argomenti più interessanti.

In questo momento siamo impegnati

nell'adeguamento alla Privacy: ANDI si è già attivata per fornire ai soci un corso ECM in FAD per informarli e formarli al fine di redigere personalmente la documentazione richiesta senza dover appoggiarsi a ditte esterne. Stiamo assistendo i soci per ottenere le Autorizzazioni Sanitarie per i nuovi studi o per la richiesta del rinnovo. Ci dedicheremo ai corsi per le Assistenti degli Studi Odontoiatrici. Tutto questo grazie al **prezioso contributo** dei colleghi che formano il Consiglio Provinciale ANDI Venezia: Luca Dal Carlo (Vicepresidente), Pietro Valenti (Tesoriere), Stefano Berto (Segretario Sindacale), Mirko Paoli (Segretario Culturale), Dario Linsalata (Segretario); Consiglieri: Dario Simini, Gianni Cadamuro, Maurizio Olfì, Gabriele Crivellenti, Giovanni Rizzo, Luca Pellizzato.

L'odontoiatria europea al bivio

Ufficio Stampa ANDI (pubblicato il 17 luglio 2018)

Si è svolto a Roma, presso la sede del Parlamento Europeo, l'incontro tra l'onorevole Tajani e i presidenti dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI), **Carlo Ghirlanda**, e del Council of European Dentists (CED), **Marco Landi**.

Un incontro **estremamente importante** alla luce dei diversi argomenti messi sul tavolo. Si è parlato dell'esigenza dell'inserimento nel budget del Parlamento Europeo di uno **specifico capitolo dedicato alla salute**, attualmente non presente, della promozione e del supporto alle libere professioni in Europa e di **"task shifting" ovvero delle deleghe a professioni non mediche** di attività e competenze attualmente di esclusiva competenza medica. Infine, si è parlato del momento di svolta in cui si trova la professione medica oggi, esposta ai rischi di un cambiamento che potrebbe portare a un **sbilanciamento pericoloso** tra la gestione clinica ed economica, in favore di quest'ultima.

«Il tema comune dell'odontoiatria in Europa – ha dichiarato **Carlo Ghirlanda** – è quello di mantenere **centrale il rapporto medico paziente**. Con il presidente Tajani abbiamo parlato di professioni intellettuali e del rischio per il cittadino paziente che deriva da **un'eccessiva presenza ed influenza da parte del capitale** nelle professioni ed in particolare in odontoiatria».

La principale preoccupazione è che gli investitori finanziari possano **influenzare le decisioni terapeutiche** del dentista curante per garantire un elevato ritorno sull'investimento e che i pazienti diventino **le prime vittime** di questo sviluppo.

L'argine delle barriere legali, che in molti stati limitano oggi l'attività odontoiatrica ai soli professionisti, comincia a vacillare, sulla scorta delle indicazioni della Commissione europea, che tendono verso la **deregolamentazione del diritto professionale**.

L'impegno del CED è stato confermato dal suo presidente **Marco Landi** che ha sottolineato come l'incontro sia stato «molto proficuo e cordiale, abbiamo avviato un contatto diretto tra l'ufficio del CED a Bruxelles e il gabinetto del presidente Tajani. L'intenzione è anche di invitarlo ai prossimi eventi organizzati dai dentisti europei insieme a Medici e Farmacisti sulla difesa degli investimenti per la salute europea e sulle libere professioni».



Odontoiatria

IMPLANTOLOGIA ORALE: AL MUSEO SI RACCONTA IL PRIMATO VENEZIANO

• Luca Dal Carlo, Vicepresidente ANDI Venezia

Odontoiatria

30

Lo scorso 20 aprile si è tenuta a Venezia l'inaugurazione della Sezione Odontoiatrica del Museo di Storia della Medicina che risiede all'interno del **complesso monumentale della Scuola Grande di San Marco**. La Scuola è direttamente collegata con l'Ospedale Civile, di cui rappresenta la maestosa via d'accesso. La straordinaria bellezza della facciata contrasta con l'aspetto più sobrio dell'adiacente basilica dei Santi Giovanni e Paolo e induce in grandi aspettative su quanto si possa trovare all'interno. Molte volte infatti, sia in Italia che, ancor più, all'estero, capita di non trovare riscontro, negli interni, rispetto alle mirabili opere artistiche esterne. **A Venezia non è successo quasi mai**, vuoi perché la "Dominante" è stata stabilmente governata per lungo tempo, vuoi perché il governo della Repubblica e i nobili veneziani non lasciavano le opere a metà, come avveniva in città in cui la volubilità delle sorti conduceva a ridimensionare i progetti architettonici ed artistici iniziali. Anzi, molte volte a Venezia si è andati oltre, impreziosendo ulteriormente quanto era già stato portato a compimento in passato.

Ci piace l'idea, in una dimensione infinitamente piccola, che qualcosa in questo senso sia stato fatto anche nel contesto del Museo



di Storia della Medicina. Un nuovo tassello, la sezione odontoiatrica, ha arricchito quel patrimonio di pubblicazioni e strumenti che, nel corso di molti anni, i Collegi Medici hanno raccolto ed esposto per **mantenere vivo ed inestinguibile** il ricordo del grande contributo che la Medicina Veneziana ha dato allo sviluppo della medicina mondiale.

L'odontoiatria come la intendiamo oggi è **una disciplina giovane**, ancor più l'implantologia orale. Si è di recente accertato che anche **su questa Venezia ha un primato**, per lo meno editoriale: quello di essere stata la sede della Rivista Italiana di Stomatologia (RIS) proprio nel periodo in cui venivano date alle stampe le pubblicazioni che illustravano le prime tecniche ripetibili di impianto dentale. Questa scoperta, maturata esaminando le riviste storiche custodite presso la sede nazionale dell'ANDI, è servita da stimolo per ulteriori approfondimenti, che hanno messo in evidenza il ruolo portante dell'odontoiatria veneziana. Sono emersi **nomi illustri di Collegi del territorio**, cui l'intera comunità scientifica è debitrice.

La cerimonia inaugurale si è tenuta presso la Scuola Grande di San Marco venerdì 20 aprile 2018. Numerosi i relatori, in rappresentanza dell'Ordine di Venezia, del Polo Museale, dell'Azienda Sanitaria, dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani, della Società di Storia dell'Odontostomatologia, del Nuovo Gruppo Italiano Studi Implantari, dell'Accademia Americana di Implanto-Protesi, che ha coordinato una **corposa donazione americana**.

Il dottor **Mario Po**, direttore del Polo Culturale e Museale della Scuola Grande di San Marco, ha aperto le presentazioni con un'esposizione sulla

storia e sul significato della Scuola, **impareggiabile esplosione di virtù artistiche e modello secolare di investimento** sulle generazioni future. Il dottor **Giuseppe Dal Ben**, direttore dell'Azienda Sanitaria Veneziana, ha sottolineato l'importanza dell'iniziativa, **una ventata di aria nuova** che rinfresca il ricco patrimonio espositivo del museo. L'ingegner **Enrico Saraval**, figlio del professor **Umberto Saraval**, direttore della Ris negli anni '40-'50, ha salutato con commozione questa iniziativa che **onora la memoria del padre**. Il dottor **Maurizio Scassola**, in rappresentanza dell'Ordine Professionale, ha auspicato che i grandi valori che Venezia sa esprimere siano il **veicolo della collaborazione** di tutte le componenti della Medicina. Il dottor **Giuliano Nicolini**, presidente della Commissione Odontoiatrica dell'Ordine, ha enfatizzato i **valori di coesione** che questa iniziativa dimostra **vivi e vincenti**.

Nella mia relazione, come coordinatore delle donazioni, sono entrato nel merito del loro valore, eseguendo **un excursus storico**, citando alcune delle **personalità meritevoli**, spiegando la collocazione degli oggetti e il funzionamento della tavoletta elettronica posta a fianco della vetrinetta. Il dottor **Gianfranco Prada**, presidente nazionale dell'ANDI, ha portato il contributo dell'Associazione, orgogliosa di vedere esposti i **documenti fondativi** in una sede dal prestigio inestimabile.

Il dottor **Mike Shulman**, in rappresentanza dell'Accademia Americana di Implanto-Protesi, ha tracciato il **percorso umano e scientifico** di Leonard Linkow e Jack Wimmer, due personalità leggendarie, il cui materiale è ora custodito nel Museo di Venezia, sede illustre riconosciuta anche dai visitatori d'oltreoceano. Il dottor **Marco E. Pasqualini**, presidente del Nuovo Gruppo Italiano Studi Implantari, ha descritto **uno dei pezzi pregiati dell'esposizione**, un impianto in oro fuso partendo da disegni pubblicati nel 1807. Il professor **Paolo Zampetti**, presidente

della Società Italiana di Storia dell'Odontostomatologia, ha sottolineato con enfasi il **primato italiano dell'implantologia** e l'avversione che la scienza ufficiale all'epoca vi opponeva, evidenziando il coraggio di chi ha combattuto sin dall'inizio questa battaglia innovativa. Il professor **Alessandro Porro**, infine, consulente del Polo Museale, ha ricordato il **doloroso percorso di sofferenza** che la famiglia Saraval ha dovuto sopportare durante la seconda guerra mondiale.

I pezzi esposti sono **numerosi e pregiati**. Nella vetrinetta, posizionata tra i due finestroni della Sala Capitolare, tra due dipinti del Tintoretto, campeggia al centro il Manuale di Stomatologia di Saraval del 1948, assieme al quale si trovano, tra gli altri, gli impianti degli anni '40-'70 di Formiggini, Pasqualini, Scialom, Linkow, Wimmer, Tramonte, Garbaccio, Sandhaus, Muratori, Pasqualini, Cislighi, nonché le pinze della prima saldatrice endorale di Mondani, la fotografia del dottor Linkow mentre firma la nomination al premio Nobel, la pubblicazione dell'impianto di Formiggini del 1947, lo studio multi-centrico del veneziano Ciriello del 1956, i documenti relativi alla fondazione dell'ANDI. I visitatori possono anche fruire della su citata tavoletta elettronica, nella quale sono **descritti e fotografati i pezzi esposti** e tutte le donazioni che, per ragioni di spazio, non sono state esposte, ma sono comunque consultabili nella biblioteca del Museo.

L'evento inaugurale avrà il suo degno completamento il prossimo 22 settembre, durante la manifestazione *Venezia in Salute* organizzata dall'Ordine di Venezia. In quell'occasione, la famiglia di Leonard Linkow **verrà appositamente dagli Stati Uniti** per consegnare premi alle personalità benemerite che si sono spese per portare il materiale americano nel Museo di Venezia.





Privacy

GDPR: L'EUROPA DETTA LE REGOLE PER LA PROTEZIONE DEI DATI SENSIBILI

- Luca Barbacane, Segretario OMCeO Provincia di Venezia
- Chiara Semenzato, giornalista OMCeO Provincia di Venezia

Privacy

32

Raramente capita che un articolo pubblicato sul sito del nostro Ordine di Venezia **raggiunga le 4800 visite**. Ancor più di rado che un "nostro" articolo **compaia sul sito dell'EN-PAM**, il nostro ente previdenziale, eppure è ciò che è accaduto (<https://www.enpam.it/news/privacy-cosa-cambia-per-medici-e-dentisti>).

A mia memoria **mai un convegno ha richiesto a stretto giro una replica** (5 e 17 maggio 2018), tali e tante le richieste di partecipazione pervenute.

Codesti **numeri da record** sono per il GDPR (General Data Protection Regulation), magistralmente trattato nell'articolo della "nostra" giornalista Chiara Semenzato, la quale mirabilmente ha saputo cogliere gli elementi fondamentali del regolamento europeo e spiegarli chiaramente. Eccone una sintesi, a questo link l'articolo integrale: <http://www.ordinemedicivenezia.it/news/notizie-medici/conoscere-il-gdpr-ecco-le-novita-C3%A0-pi-C3%B9-importanti>.

Responsabilità e rendiconto: **più autonomia** al titolare del trattamento dei dati personali e **capacità di dimostrare** il percorso fatto per attuare il nuovo regolamento. Sono questi i due **concetti chiave** del GDPR, la nuova normativa europea sulla privacy che ha preso efficacia a pieno titolo lo scorso 25 maggio. Novità e cambiamenti sono stati illustrati dagli avvocati **Silvia Boschello** e **Alexander Cassisa** e da **Massimo Amoruso**, esperto informatico di Tecsìs, responsabile assistenza sistematica, applicativa e procedurale nonché DPO certificato, durante due partecipatissimi corsi di aggiornamento organizzati il 5 e il 17 mag-

gio scorsi dall'OMCeO veneziano, con la segreteria scientifica di **Luca Barbacane** e di **Carla Carli**.

GDPR: le novità

«Con il regolamento europeo in materia di privacy – ha spiegato l'avvocato **Silvia Boschello** – **cambia totalmente l'approccio culturale**: per i dati personali serve un **livello di sicurezza più elevato**, non solo sotto il profilo informatico. L'approccio è basato sulla **prevenzione del rischio**».

Vanno esattamente in questa direzione, allora, le due maggiori novità del GDPR: la **responsabilizzazione** del titolare del trattamento dei dati e la possibilità di **rendicontare** quanto fatto in materia di sicurezza. «Il titolare – ha aggiunto – può decidere autonomamente le modalità, le garanzie e il limite del trattamento dei dati. In sostanza **siete liberi di decidere come e cosa fare**. Vi viene chiesto, però, che queste decisioni vengano approntate e rendicontate: dovete, cioè, essere **in grado di dimostrare** il percorso fatto. Questa normativa non deve spaventarvi: può essere **l'occasione di riorganizzare** le vostre strutture».

La mancata organizzazione potrebbe, infatti, portare a un rischio di **contenziosi** legati non solo alla responsabilità professionale, al rischio

Da sinistra Massimo Amoruso, Silvia Boschello, Alexander Cassisa e Luca Barbacane



di **sanzioni pesantissime** – che possono arrivare per singola violazione nei casi base dai **10 ai 20 milioni di euro** e dal 2% al 4% del fatturato totale annuo lordo – e a una **vulnerabilità** della reputazione della struttura sanitaria. «Le misure di sicurezza – ha aggiunto l'avvocato civilista **Alexander Cassisa** – sono sia sotto il **profilo informatico** (firewall, sistemi operativi aggiornati, backup...), sia **misure fisiche** – i raccoglitori con la chiave, le cartelle, lo stanzino del server – sia sotto il profilo **organizzativo**: come e dove custodisco le password, come raccolgo i dati, dove li conservo».

Non esiste un elenco tassativo di provvedimenti da adottare: nel GDPR si parla solo di **misure di sicurezza adeguate**. Tra i parametri che devono essere considerati ci sono: lo stato dell'arte della propria attività, i costi, la natura, l'oggetto e le finalità del trattamento dei dati.

Una figura nuova: il DPO

C'è poi una figura professionale **completamente nuova** per l'Italia: il **data processor officer (DPO)**. Tra i requisiti che deve avere: un'elevata conoscenza del diritto, competenze in ambito procedurale dell'azienda (di risk e project manager) e conoscenze informatiche. «Il DPO – ha spiegato l'avvocato Cassisa – deve svolgere la sua attività **in piena indipendenza e in assenza di conflitto di interessi**. Per questo deve essere fornito di risorse economiche ed organizzative adeguate». I singoli studi, quelli cioè in cui lavora un solo medico, **non sono obbligati** ad assumere un DPO, ma, secondo i consulenti, nelle categorie sanitarie è utile averlo: la discriminante è data dal numero di professionisti che lavora nella struttura. Nelle piccole realtà che abbiano omogeneità nelle esigenze e nel tipo di clientela, ne può essere nominato **uno in comune**.

Adeguamento: i consigli pratici

- Costituire una **squadra multidisciplinare** con esperti di diritto, di informatica e della vostra struttura aziendale.
- Fare un **mappatura dei dati** per compilare in modo corretto informative e registro.
- Fare un'analisi dei rischi.
- Redigere nelle strutture più complesse un **organigramma privacy**.
- **Formare gli incaricati** sui principi di responsabilizzazione e di rendicontazione.
- **Adeguare** le informative e i consensi.

- Definire ed adottare le misure di sicurezza più adeguate.
- Revisionare e, in caso, **redigere nuovi contratti** con i fornitori informatici.
- Nominare **un DPO su base volontaria**.
- Garantire su base permanente la riservatezza, l'integrità e la disponibilità del dato. La procedura più semplice è il **backup fatto in modo continuo**, almeno una volta alla settimana.
- Individuare procedure per **testare e verificare periodicamente il livello di adeguamento** al GDPR: il feedback che ne deriva può essere un documento da consegnare all'autorità in caso di controllo.
- Adottare **codici di condotta** e certificazioni.

La sicurezza informatica

- Chiedersi **dove siano custoditi** i dati, chi può accedervi, cosa succede in caso di eventi avversi (il server in tilt, un black out, un incendio...).
- Fare attenzione **al firewall**, una porta che controlla tutto ciò che entra ed esce e stabilirne limiti, e **al wi-fi**. «Chiedetevi sempre: davvero serve internet sempre accessibile nel mio studio?».
- **Strumenti utili** per garantire una reale protezione delle informazioni:
 - **PSEUDOMIZZAZIONE**: scindere i dati personali e conservarli in punti separati: solo riuniti possono identificare una persona.
 - **CIFRATURA**: definire una "chiave" di codifica per leggere e capire i dati. Chi non la conosce non può accedere.
 - **MONITORAGGIO PROATTIVO**: controllare da remoto tutto ciò che avviene nella nostra rete.
 - **DATA GOVERNANCE**: controllo costante delle modifiche, delle configurazioni e dell'accesso ai dati, attraverso notifiche delle anomalie e delle eventuali situazioni a rischio.
 - **POSTA SICURA**: attivare antispam, antivirus e antimalware o farla navigare su canali criptati. Stabilire un sistema di archiviazione adatto e un SandBoxing, sistema virtualizzato di controllo delle e-mail e di individuazione di sistemi di criptaggio.
 - **BACKUP**: creare 3 copie di dati su 2 differenti supporti di memoria, di cui 1 lontano dal proprio pc.



Formazione

MARCATORI ONCOLOGICI: BOOM DI ISCRIZIONI AL CORSO FAD. VENEZIANA LA REGIA

- Massimo Gion, dir. Centro Reg.le Biomarcatori (CRIBT) dell'Ulss 3 Serenissima
- Chiara Semenzato, giornalista OMCeO Provincia di Venezia

Formazione

34

Ben **9mila medici italiani** iscritti nel giro di due mesi al corso di formazione a distanza (FAD) sui biomarcatori in oncologia, organizzato dalla FNOMCeO. Con una previsione che, nell'anno in cui le lezioni resteranno disponibile on-line, si salga addirittura a 30mila. **Regia tutta veneziana** per un successo senza precedenti, se si pensa poi che l'indice di gradimento positivo supera il 97% e che l'argomento è considerato "di nicchia".

Il progetto formativo, infatti, nasce proprio in laguna con un aggiornamento organizzato il 17 maggio 2017 dall'OMCeO veneziano con il dottor **Massimo Gion**, direttore del **Centro Regionale Biomarcatori** (CRIBT) dell'Ulss 3 Serenissima. Una serata che aveva suscitato il **grande interesse** dei vertici dell'Ordine, dal presidente **Giovanni Leoni** all'allora vicepresidente della FNOMCeO **Maurizio Scassola**, sostituito poi a Roma proprio da Leoni.

Da Venezia, dunque, parte l'idea di progettare un corso formativo per illustrare sinteticamente le **raccomandazioni delle diverse linee guida** messe a confronto fra loro, sulla base di un lungo lavoro di analisi pubblicato in un numero dedicato de *I Quaderni di Monitor* di AGENAS, prodotto grazie alla collaborazione tra il CRIBT, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), AIOM, SIBioC e altre società scientifiche.

«Tutto sommato – spiega proprio Massimo Gion – mi aspettavo che **l'argomento fosse di grande interesse**. Nel sentire comune i marcatori tumorali sono percepiti a volte come un argomento "di nicchia" perché rappresentano solo uno degli aspetti del problema "oncologia"; tuttavia, studiando i marcatori da oltre 30 anni, ho potuto maturare la consapevolezza

dell'importanza "trasversale" di questi esami nell'iter diagnostico-terapeutico complessivo del paziente affetto da una malattia tumorale. Forse non mi aspettavo un successo di queste dimensioni, ma interesse certamente sì».

Come è costruito il corso?

Il corso è costruito su casi clinici tipo, sulla base di casi reali, presentati **nello stile della "clini-commedia"** (chi non ricorda la rubrica *Circuito interno* di Tempo Medico!), in cui sono indicati degli snodi di comportamento sui marcatori. Ogni snodo rappresenta una domanda del corso, da cui, una volta risposto, si può accedere al caso e alla domanda successiva. Un percorso molto interattivo e coinvolgente, che trasporta il medico dentro la storia del paziente.

Io e le dottoresse **Chiara Trevisiol** e **Aline S.C. Fabricio** abbiamo sintetizzato le informazioni del manuale e preparato i casi clinici, che poi il dottor **Pietro Dri** e la dottoressa **Maria Rosa Valetto** (di Zadig Editore, Milano) hanno trasformato in "*clini-commedia*", costruendo su essi la FAD. C'è anche un dossier d'accompagnamento di una quarantina di pagine, *Quesiti clinici*, che permette al medico di approfondire singoli temi e casi e fugare eventuali dubbi.

Da dove nasce tutto questo interesse?

Questo settore viene percepito come "di nicchia" perché **il marcatore non viene mai utilizzato da solo** nel processo diagnostico terapeutico; il significato del marcatore, certamente importante per il paziente, **non può infatti essere estrapolato** al di fuori di un contesto generale. Un marcatore può servire per la diagnosi, per

stabilire la prognosi, per prevedere la risposta a un dato farmaco o per monitorare la terapia, ma va usato e interpretato all'interno di un percorso che comprende la diagnostica per immagini, il riscontro bioptico, altri esami e, naturalmente, la valutazione clinica. Come molti esami di laboratorio, **il marcatore è una parte**, importante, di un percorso diagnostico-terapeutico nel quale si integrano numerosi altri elementi.

Che l'argomento non sia poi così di nicchia, lo dimostra **l'uso diffuso di questi test**: in Italia, a fronte di 56 milioni di abitanti, si prescrivono ogni anno circa 13 milioni di marcatori. Nonostante la richiesta di marcatori sia **largamente inappropriata**, questo dato testimonia quanto sia elevata l'aspettativa che medici e pazienti pongono su questi test. I bisogni per i quali ci si attende una risposta dai marcatori tumorali sono evidenti: disporre di un test capace di chiarire un quesito clinico cruciale (diagnosi, prognosi, risposta alla terapia...) in modo semplice, a basso costo e con un impegno minimo per il paziente, è molto importante. Per questo **persiste una grande richiesta di conoscenze sui marcatori**. Da un lato, dunque, la necessità di integrare il marcatore in un percorso diagnostico terapeutico appropriato, dall'altro il sentire comune che si tratti di test semplici, ma che danno informazioni importanti. In questa ottica si comprende il successo del corso: **il medico vuole capire davvero cosa deve fare**, e cioè quali marcatori usare e quali no, e quando usarli in un dato paziente.

Un tema su cui entra in gioco l'appropriatezza...

Questo corso è finalizzato proprio **ad aumentare l'appropriatezza** nell'utilizzo dei marcatori. Per preparare il manuale pubblicato nell'ottobre 2016 da AGENAS **abbiamo analizzato circa 8mila documenti** relativi alle linee guida pubblicate nel mondo nei 5 anni precedenti, ne abbiamo individuate circa 500 e **selezionate per pertinenza e qualità 240**. Beh, le linee guida esaminate sono risultate **per il 25% preparate con ricerca sistematica**, basata cioè su una metodologia esplicita che permetta al lettore di verificare come sono stati cercati, scelti e valutati i lavori utilizzati per preparare la linea guida stessa, **ma per il 75% no**. In queste ultime manca un requisito essenziale per consentire ad altri di verificare quello che è stato fatto. Inoltre, alcune linee guida danno raccomanda-

zioni in parte diverse per lo stesso problema. Con il manuale prima e il corso oggi, abbiamo voluto superare il problema **creando uno strumento** che può essere definito **"buona pratica"**: una sintesi cioè di tutte le informazioni disponibili sui marcatori tumorali per 21 tipi di neoplasia, raccolte, valutate e diffuse con una metodologia formalizzata, cui si abbina un metodo per il monitoraggio dei risultati sull'appropriatezza di utilizzo dei marcatori stessi. **Le "buone pratiche" sono uno strumento essenziale per il medico** se mancano le linee guida o se sono discordanti. Il medico, così, può scegliere in modo autonomo e critico fra tutte le opzioni, mostrando nel contempo la possibile variabilità del processo decisionale in relazione a ogni singolo problema.

Qual è l'obiettivo finale dell'enorme lavoro sui marcatori?

Dobbiamo **evitare un uso sconsiderato dei marcatori per obiettivi inappropriati**, come ad esempio a scopo di screening nella popolazione generale senza sintomi, o per quesiti clinici per i quali sappiamo che i marcatori non sono indicati. E dobbiamo anche fare il massimo sforzo per indurre i medici ad usare i marcatori nelle situazioni nelle quali essi **devono essere usati per il bene del paziente**; dobbiamo quindi ridurre anche il sotto utilizzo di questi test.

La priorità è quindi **mettere ordine** in quell'importante settore diagnostico che sono i marcatori in oncologia. Riaggiustare il tiro è fondamentale anche per la sostenibilità del sistema, per **convogliare risorse economiche, logistiche e umane verso nuovi obiettivi di ricerca** che portino, attraverso i marcatori, ulteriori risposte a quesiti cruciali per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dei tumori.

Da sinistra Giovanni Leoni, Massimo Gion e Maurizio Scassola



SAMUELI: «IL BIOTESTAMENTO? UN GRANDE PASSO AVANTI PER L'ITALIA»

• Chiara Semenzato, giornalista OMCeO Provincia di Venezia

Collaborazioni

36

Medici e avvocati insieme, mercoledì 20 giugno, al Centro Cardinal Urbani di Zelarino per **studiare e analizzare** la nuova legge sul biotestamento, chiarire le reciproche posizioni sulla normativa e comprenderne in pieno l'applicazione pratica. L'incontro di studio, patrocinato dai due Ordini, è stato organizzato dalla **sezione Veneto dell'AIAF**, l'Associazione italiana degli Avvocati per la famiglia e i minori, e coordinato per i legali da **Roberta Bettio**, responsabile AIAF Venezia, e per i camici bianchi dal gastroenterologo **Francesco Bortoluzzi**, componente del direttivo dell'OMCeO lagunare. Non è voluto mancare, per un saluto, il presidente dell'Ordine e vicepresidente della FNOMCeO **Giovanni Leoni**, che ha sottolineato come la categoria veneziana abbia dedicato negli ultimi anni numerosi eventi di approfondimento sul tema. «Questa normativa – ha aggiunto – ha sicuramente un forte impatto sulla realtà sociale, tutto ancora da verificare. Il nuovo Codice deontologico del 2014 ha modificato molti articoli soprattutto sul **rispetto della volontà del paziente** e sulla **proporzionalità delle cure**. Una delle grandi problematiche attuali è la diffusione, l'archiviazione e la possibilità di **usufruire delle dichiarazioni su tutto il territorio nazionale**».

Da sinistra Francesco Bortoluzzi e Cristiano Samuelli



La prima parte del pomeriggio è stata dedicata agli aspetti giuridici della norma. L'avvocato di Genova **Alberto Figone**, del direttivo nazionale AIAF, ha analizzato vari punti della legge, soffermandosi in particolare sul primo articolo dedicato al **consenso informato** e chiedendo **le possibili conseguenze** per il medico che, incontrato il rifiuto del suo paziente a una cura o a una terapia, debba decidere se proseguire il proprio operato o astenersi dalla prestazione. «La legge – ha concluso Figone – ha ribadito il principio della necessità del consenso informato, richiedendo al medico un impegno gravoso per **dare un'informazione capillare** perché l'attività del medico diventa legittima a fronte di un valido consenso. L'attività del medico che si attiene alla volontà del paziente è un'attività lecita».

Sotto il profilo pratico, è spettato poi a **Franca Pasqualato**, responsabile dello Stato Civile del Comune di Venezia, spiegare come deve essere redatta una Dat, disposizione anticipata di trattamento, per essere accolta. «L'ufficiale di stato civile – ha spiegato – non può partecipare alla stesura dell'atto e **non può dare alcuna indicazione sanitaria** all'utente, che, se chiede informazioni, viene inviato al medico di famiglia o all'Ulss». Deve, inoltre, prima di trascriverlo nell'apposito registro, verificare la **capacità di intendere e di volere** dell'individuo che la presenta. Sono 55 le disposizioni depositate al Comune di Venezia dall'entrata in vigore della legge, che si sommano alle circa 450 raccolte prima della 219.

La seconda parte dell'incontro è stata dedicata, invece, alle **professioni sanitarie**. Accenno polemico in apertura del consigliere **Francesco Bortoluzzi** che ha sottolineato un paradosso:

come da un lato la legge sancisca «che **il tempo di relazione è tempo di cura**» e dall'altro ai medici vengono dati appena 10 minuti, «meglio se diventano 7», per fare una visita e abbattere le liste d'attesa.

Il gastroenterologo ha anche spiegato come in realtà i contenziosi con i pazienti nascono quando il medico **vuole fare di meno**. «Il problema – ha aggiunto – è culturale: la maggior parte delle persone crede che la medicina sia una scienza esatta e onnipotente, che possa far vivere tutti in eterno. Noi medici sappiamo che non è così. Da qui si innestano meccanismi non virtuosi che portano ad un **atteggiamento diagnostico e terapeutico aggressivo**: alla gente piace fare tanti esami, più ne fa, più è contenta. Ma non può essere questo l'approccio».

A servire, invece, è l'**appropriatezza** prescrittiva diagnostico-terapeutica. «**Fare troppo** – ha spiegato Bortoluzzi citando le teorie dell'associazione Choosing Wisely Italy – **non significa fare meglio**. Non sempre fare tutto significa fare bene, anzi, a volte, se si supera un certo limite, si possono anche **fare danni**».

Rifacendosi a casi pratici, il medico ha spiegato anche cosa si intenda per nutrizione artificiale e quali terapie possano essere rifiutate, sottolineando come la legge 219 in alcuni casi gli abbia **semplificato la vita**. Forte, invece, il contrasto sulla norma che prevede la **registrazione** del consenso informato. «Chi l'ha scritta – ha concluso Bortoluzzi – non ha mai messo piede in un ospedale italiano e non sa in che condizioni devono lavorare i medici».

Nel dettaglio della legge è entrato, invece, il medico di famiglia veneziano **Cristiano Samuelli**, presidente nazionale dell'AIDeF, l'Associazione per le decisioni sul fine vita, chiarendo subito come sul tema del fine vita negli ultimi 30 anni sia cambiato tutto e tracciando un **netto solco** tra il concetto di **desistenza terapeutica**, che ha illustrato agli avvocati, e i concetti di **eutanasia** e di **accanimento terapeutico**, troppo spesso associati nel dibattito pubblico sul fine vita.

«L'eutanasia – ha detto citando gli articoli del Codice deontologico e i documenti ufficiali della FNOMCeO – non ha nulla a che fare col medico. Non si deve confondere **il dare la morte con il lasciar morire**. Bisogna valutare se i mezzi terapeutici a disposizione siano

oggettivamente proporzionati alle **prospettive di miglioramento** del paziente: la **rinuncia** a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all'eutanasia».

Prende, dunque, le fila da qui la desistenza terapeutica, il **desistere da terapie futili**, non perché sbagliate, ma perché non accettate dal paziente. Un atteggiamento che trova poi fondamento nell'**etica dell'accompagnamento**. «Da una parte – ha aggiunto – c'è il cittadino con il suo diritto costituzionale all'autodeterminazione, dall'altra il medico con i suoi diritti e i suoi doveri deontologici. Le chiavi nel fine vita sono l'**alleanza terapeutica** e la **pianificazione condivisa delle cure**, cioè un percorso stabilito insieme tra professionista e paziente».

Fondamentale, infine, creare un **registro nazionale** per le DAT, accessibile a tutti i medici, superando il problema della privacy. «La legge sul biotestamento – ha concluso Samuelli – ha portato l'Italia a fare un **salto molto più ampio** sul fronte dei diritti rispetto al resto d'Europa. Questa legge ha ancora dei **punti sui quali ragionare**, come ad esempio l'obiezione di coscienza del medico, ma **va difesa**».

Prima della conclusione, la parola è passata anche all'infermiera professionale **Barbara Franzoi**, coordinatrice del reparto donazioni e trapianti dell'Ulss 3 Serenissima, che ha spiegato il proprio **ruolo di accompagnamento** nel fine vita, fatto di gesti concreti, di empatia con il paziente e con i familiari, di comunicazione e di attenzione. «La nostra – ha sottolineato – deve essere una **relazione d'aiuto. Accudire non accanirsi**. Non dobbiamo giudicare, dobbiamo parlare ai pazienti senza nascondere la verità, ma anche **senza prolungare il processo della morte**».

Ruoli difficili, grandi responsabilità. E, dopo lunghe attese, finalmente una legge. Perfettibile, certo, ma intanto un passo avanti.





Collaborazioni

HIKIKOMORI: EMERGENZA SOCIALE PROSSIMA VENTURA

- Luca Barbacane, Segretario OMCeO Provincia di Venezia
- Chiara Semenzato, giornalista OMCeO Provincia di Venezia

Collaborazioni

38

L'OMCeO veneziano ha accolto ben volentieri l'**invito dell'Associazione Hikikomori Italia** e della sua sezione veneta a farsi **strumento di conoscenza e di sensibilizzazione** presso i medici e gli odontoiatri di quella che a buon diritto può essere considerata la prossima ventura emergenza sociale della nostra "evoluta" (?) comunità civile: il **ritiro sociale giovanile**.

Hikikomori: questa parola, anche simpatica da pronunciare, in realtà nasconde una vera e propria tragedia per i giovani e conseguentemente per le loro famiglie. La sera del 20 aprile scorso abbiamo scoperto che purtroppo **non è neppure una patologia di nicchia**, se è vero che quasi 150 erano le persone convenute al Centro Pastorale Cardinal Urbani di Zelarino.

Ecco una sintesi di quell'appuntamento nel bellissimo articolo scritto da Chiara Semenzato pubblicato sul sito dell'Ordine. (A questo link l'articolo integrale: <http://www.ordinemedicivenezia.it/news/notizie-medici/hikikomori-un-fenomeno-da-scoprire-capire-affrontare>).

La loro è una scelta consapevole: le troppe pressioni, le troppe aspettative, la competizione sfrenata di questo mondo li spingono a **isolarsi, a rifiutare i dogmi sociali, a "stare in disparte"** come dice la traduzione letterale del termine giapponese che li identifica. Sono gli hikikomori, ragazzi tra i 14 e i 25 anni, che ad un certo punto della loro giovane esistenza decidono di vivere in solitudine, **chiusi nella loro camera da letto**. Pur essendo **molto intelligenti, sensibili** e spesso molto più maturi della loro età, non si sentono all'altezza

di questo mondo, si sentono diversi e se ne vergognano: così si ritirano, **disinteressati a qualsiasi tipo di relazione**.

Il fenomeno, che è nato ed esploso in Giappone negli anni '80 e **tende a rimanere invisibile** al mondo esterno, è stato presentato venerdì 20 aprile al Centro Cardinal Urbani di Zelarino in un partecipatissimo seminario organizzato – sulla spinta della psicologa e psicoterapeuta **Giovanna Borsetto** e di **Giulia Rossetto** – da **Hikikomori Italia**, con i patroncini del Comune di Venezia, dell'Ordine degli Psicologi del Veneto e dell'OMCeO lagunare.

«Quando mi è stata pronunciata questa parola – ha spiegato il segretario dell'Ordine **Luca Barbacane** – anch'io ho spalancato gli occhi. **Non ne sapevo proprio nulla**: questa per me è anche un'occasione di formazione personale. Con il ritiro sociale giovanile i medici non centrano tanto perché ne sappiano, ma perché **ci tengono a fare rete**, a essere uno dei nodi di questa rete. Questa è una sensibilità da seminare e da costruire anche nella comunità medica. I medici vogliono giocare questa partita».

Un fenomeno, dunque, **pressoché sconosciuto** anche se in Italia le stime dicono che gli hikikomori **sono 100mila**. Migliaia di ragazzi isolati, chiusi nelle loro camere, e **migliaia di genitori che piombano all'improvviso in un incubo**, che si sentono abbandonati e, talvolta, addirittura vessati dalle istituzioni. Ad occuparsi di loro due associazioni: Hikikomori Italia, fondata nel 2017 da **Marco Crepaldi**, e la parallela Hikikomori Genitori Onlus, guidata da **Elena Carolei**, con molti gruppi già attivi in tante città d'Italia.

«Vogliamo iniziare – ha spiegato Crepaldi – a

parlare di questo fenomeno, **creare dibattito** perché questi genitori devono essere aiutati: sono più soli dei ragazzi stessi. L'obiettivo è **creare un circolo virtuoso** che porti tutti ad interessarsi del problema, a comprendere il fenomeno e ad affrontarlo con efficacia».

Questo, grosso modo, il **profilo dell'hikikomori**: maschio (le ragazze sono il 30%), adolescente o giovane adulto, figlio unico, spesso di famiglia monoparentale, introverso, intelligente e sensibile, critico e negativo nei confronti della società.

«Si isola – ha spiegato Crepaldi – perché sente **troppo forti le pressioni di realizzazione sociale**: c'è troppa competitività su tutti i livelli, esasperata poi anche dai social media. Ci si vergogna di non avere una vita all'altezza dei propri coetanei. L'hikikomori, allora, **rifiuta i dogmi sociali**, rinuncia alla vita sociale classica».

Tre gli stadi del processo: il **rifiuto saltuario di andare a scuola**, l'inversione del ritmo sonno-sveglia e la preferenza alle relazioni virtuali; **l'abbandono di tutti i contatti sociali**, tranne i genitori e le relazioni virtuali; **l'isolamento totale**, reale e virtuale.

Attenzione, però, perché l'hikikomori **non è un ragazzo depresso**, semmai lo sviluppo di psicopatologie è conseguenza dell'isolamento. Vivono una sorta di **depressione esistenziale**: stando tutto il giorno in camera, abusano di internet ma per loro è solo un mezzo di intrattenimento e di comunicazione con il mondo esterno. Difficile, poi, aiutare l'hikikomori perché l'isolamento è una sua scelta consapevole: **non vuole essere aiutato** perché lui ti dice di stare bene.

Una condizione che provoca **grandi sofferenze alle famiglie**, come ha ben raccontato durante la serata **Elena Carolei**. «Viviamo – ha detto – **in un paradosso**: vediamo i nostri figli, bravi, intelligenti, brillanti, capaci a scuola e nelle altre attività, chiudersi all'improvvi-



so, diventare aggressivi e prepotenti, rifiutare qualsiasi tipo di aiuto, magari essere anche bocciati».

Si procede, allora, un po' per tentativi, spesso anche facendo errori clamorosi: l'associazione serve proprio al **confronto, a condividere le esperienze**. «L'unico modo – ha aggiunto – per aiutare i nostri ragazzi è **ribaltare le nostre certezze**, uscire da esse, comprendendo il loro disagio, entrando nel loro modo di vedere il mondo. Servono **pazienza e comprensione**, non dobbiamo fare pressioni. Solo così, pian piano, i ragazzi si sentono capiti e qualcosa iniziano a fare, a riprovare».

L'asticella, insomma, va abbassata. Il lavoro, però, non deve piombare tutto e solo sulle spalle delle famiglie: **è indispensabile fare rete**. «Ora chiediamo – ha sottolineato Carolei – la **consapevolezza delle istituzioni**, chiediamo aiuto, di iniziare a riconoscerli in classe, di ascoltare le famiglie, di evitare mansioni che puntino l'attenzione su questi ragazzi, di attivare forme di risocializzazione protetta». E poi, almeno, **di non essere sanzionate**, come le ingiunzioni che arrivano dal tribunale per l'abbandono scolastico: perché loro, le famiglie, **non sono complici** e più di ogni altra cosa vorrebbero per i loro figli **una vita sociale normale**.

Della necessità della rete, anche sotto il profilo clinico, ha parlato il neurologo e neuropsichiatra **Lodovico Perulli** che ha spiegato come l'approccio multidisciplinare sia fondamentale e come, rispetto a questo fenomeno, la letteratura scientifica **sia ancora all'inizio**, come **non ci sia consenso sui criteri diagnostici**, come addirittura lo stesso termine sia ancora controverso.

Restare isolati, però, per questi ragazzi, significa rinunciare all'amicizia, alla scoperta, agli approcci amorosi, ai viaggi, perfino alla trasgressione. In qualche modo rinunciare alla vita. «Per questi ragazzi – ha detto il neuropsichiatra – **la vergogna è un sentimento potente**».

Individuare, allora, i loro bisogni specifici, rimodulare, ad esempio, l'impegno scolastico in modo flessibile, sulle loro esigenze, supportare i genitori, promuovere interventi domiciliari sono solo le prime tappe di un percorso che, può rivelarsi virtuoso, per spingere l'hikikomori a non voler più "stare in disparte".



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHIE
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

GIORNATA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRIA 2018

TEATRO GOLDONI VENEZIA
3 NOVEMBRE 2018