MEDICUS

n.01

2026

Etica in medicina

Tra autonomia,
responsabilità
e potere tecnologico

Poste Italiane SpA – Spedizione in A.P. 70% - NE Bolzano semestrale

Prima

Etica in un'epoca di possibilità crescenti, risorse limitate e IA 8-11
Lintner Martin

Deontologia e Convenzione di Ginevra: quale significato ha oggi un codice d'onore? 12-17
Hanni Herbert

Ricerca scientifica e nascita dei comitati etici dopo la Dichiarazione di Helsinki 18-23
Sebastianelli Luca

Responsabilità e IA – considerazioni giuridiche 24-29
Tasser Jakob

Eticista e medico in dialogo: dobbiamo fare un passo indietro per andare avanti? 30-35
Marsoner Astrid & De Felici Alessandro

Poi

Young Doctors - ci presentiamo 36-39
Costa Simona

Formazione specialistica transfrontaliera 40-41
Conte Francesco

Anno pratico: 42-47
esperienze e opportunità di sviluppo
Tasser Mathias

Cultura dell'errore in medicina 48-55
Pycha Roger & Schumacher Guido

Politica professionale 56-59
ENPAM: previdenza pensionistica
Rampulla Salvatore

Alla fine

60-61 Pubblicità medica
Rainer Bernhard

62-63 Odontoiatri
Singer Guido

64-67 Storia dell'Ordine dei Medici
Von Lutterotti Andreas

68-71 Studi & pubblicazioni

72-73 Necrologio

74-77 Nuove iscrizioni

78-83 Premi

84-85 Passioni

86-87 Luogo preferito

88-89 Progetti speciali

90-94 Conoscenza & altro

95-96 Impressum

Care lettrici, cari lettori,

Dopo gli anni difficili della pandemia e alcune vere e proprie fratture sociali, l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri torna con una nuova edizione del MEDICUS.
Non si tratta semplicemente di vino vecchio in botti nuove, ma vuole anche essere la promessa di rendere visibili le ampie attività, l'impegno e la qualità dei nostri medici dell'Alto Adige.
Con il MEDICUS desideriamo dare un palcoscenico all'attività medica: brillantezza professionale, impegno sociale e la disponibilità ad assumersi delle responsabilità. Vogliamo discutere questioni difficili per conoscere altre prospettive e punti di vista. La collaborazione non è solo un'opzione, ma una necessità, se vogliamo riuscire a mantenere un buon servizio medico in futuro.

Grazie ai notevoli progressi della medicina, oggi viviamo molto più a lungo rispetto a 100 anni fa. Le possibilità della medicina, che sono in costante aumento, e le crescenti aspettative dei pazienti offrono tuttavia un grande potenziale di conflitti etici. Anche la società nel suo insieme sta invecchiando. Ciò che non cresce allo stesso ritmo sono le risorse per l'assistenza medica. La digitalizzazione e l'intelligenza artificiale possono aiutare, ma in realtà siamo ancora molto indietro nel loro sviluppo e nella loro integrazione e ci perdiamo in una burocrazia incredibile.

Il MEDICUS può offrire una piattaforma di orientamento e scambio. Vogliamo riportare progressi e sfide, dagli spunti pratici fino a domande che ci riguardano tutti:

Come possiamo oggi progettare responsabilmente la medicina di domani? Quale ruolo possiamo e vogliamo assumere in un mondo in cambiamento?

Il tema principale di questo numero è

Etica in medicina: dai processi di Norimberga fino all'IA

Non esiste una ricetta semplice per un comportamento eticamente sostenibile. Ma proprio questa constatazione – il continuo interrogarsi, il distaccarsi dalla routine e la riflessione condivisa – può essere la chiave per un atteggiamento responsabile. Insieme vogliamo cercare di non perdere di vista l'essere umano tra possibilità tecniche, scarsità di risorse, protezione dei dati personali e intelligenza artificiale.
Abbiamo bisogno di una cultura del dialogo, della trasparenza e del reciproco sostegno.
Grazie a tutti i collaboratori che rendono possibile questo nuovo inizio – medici e odontoiatri, scienziati, colleghi e colleghe professionisti impegnati nel creare reti e rafforzare così la nostra comunità.

Astrid Marsoner
Presidente dell'Ordine dei Medici e dell'Ordine degli Odontoiatri di Bolzano

CONSIGLIO
VORSTAND
2025- 2028

Astrid Marsoner
Presidente
Präsidentin

Edoardo Bonsante
Vicepresidente
Vizepräsident

Silvia Baumgartner
Segretaria
Sekretärin

Claudia Pellegrini
Tesoriera
Schatzmeisterin

Charalampos Dellis
Consigliere
Vorstandsmitglied

Michael Engl
Consigliere
Vorstandsmitglied

Sigrid Lun
Consigliera
Vorstandsmitglied

Giuliana Robertina Mennò
Consigliera/Vorstandsmitglied

Emanuela Pedevilla
Consigliera
Vorstandsmitglied

Bernhard Rainer
Consigliere
Vorstandsmitglied

Cristina Salvaggio
Consigliera
Vorstandsmitglied

Ivano Simioni
Consigliere
Vorstandsmitglied

Jvonne Stoffella
Consigliera
Vorstandsmitglied

Laura Valzolgher
Consigliera
Vorstandsmitglied

Claudio Volanti
Consigliere
Vorstandsmitglied

COMMISSIONE ALBO ODONTIOIATRI ZAHNÄRZTEKOMMISSION
2025 - 2028
2025- 2028

Guido Singer
Presidente
Präsident

Salvatore Rampulla
Vicepresidente
Vizepräsident

Sara Dalmonego
Componente
Komponent

Michael Messner
Componente
Komponent

Alberto Serafini
Componente
Komponent

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI
KOLLEGIUM DER RECHNUNGSPRÜFER
2025 - 2028

Stefano Seppi
Presidente
Präsident

Alessandro Felici
Componente
Komponent

Hannes Stoll
Componente
Komponent

Salvatore Andrea Romeo
Supplente / Ersatzmitg.

SEGRETERIA DELL'ORDINE
SEKRETARIAT DER KAMMER

Elisabetta Zanotti
Segreteria di Presidenza
Sekretariat der Präsidentin

Alexandra Auerbach
Segreteria ENPAM
ENPAM Sekretariat
Pubblicità sanitaria
Ärztliche Werbung

Selina Langes
Ufficio Albi
Verzeichnis
Uff. Specializzazioni
Fachartzausbildung

Nadia De Salvo
Ufficio contabilità
Buchhaltung
Ufficio ECM-Büro

Gaya Visintin
Ufficio Odontoiatri
Zahnärtzesekretariat
Servizi PEC/SPID
PEC/SPID Dienste

L’autonomia del paziente: un concetto in evoluzione

Il rapporto tra medico e paziente è soggetto a continui cambiamenti da decenni. Nella seconda metà del XX secolo, l’approccio paternalistico è stato progressivamente superato e si è riconosciuta l’autonomia dei pazienti, ovvero la loro capacità e il loro diritto di autodeterminarsi. La medicina è sempre più vista come un servizio in cui il medico diventa un consulente e un partner contrattuale del paziente. L’approccio di Beauchamp e Childress, che combina il principio dell’autonomia del paziente con i requisiti classici dell’azione medica, ovvero provvedere al benessere del paziente senza causargli danni e agire senza distinzioni di persona, distribuendo equamente le risorse e le opzioni terapeutiche in modo che nessuno sia svantaggiato, è ancora oggi dominante.
In questo approccio, come già accennato, l’autonomia del paziente viene intesa in un duplice senso. In primo luogo, nel senso del consenso informato: ogni paziente ha il diritto di ricevere informazioni e spiegazioni esaurienti. In secondo luogo, l’autonomia si esprime nel consenso: per eseguire un trattamento o un intervento medico è necessario il consenso del paziente. Ciò implica, a contrario, che un paziente possa rifiutare un intervento, anche se clinicamente indicato. È evidente che i principi di autonomia, cura, non nuocere e giustizia possono entrare in conflitto tra loro, pertanto, a livello pratico, sono necessari processi di ponderazione per risolvere tali conflitti in modo responsabile.

“Primum non nocere!”

Il principio del consenso informato e il diritto ad esso connesso di poter rifiutare le cure si sono ormai affermati nell’ambito dell’etica medica e sono giuridicamente garantiti. Tuttavia, la comprensione di cosa si intenda per “autonomia” del paziente e di come essa debba essere messa in relazione con gli altri principi citati di cura, non-maleficenza e giustizia è soggetta a mutamenti.

Il concetto di autonomia è stato influenzato in modo determinante da Immanuel Kant, che lo intendeva come autodeterminazione morale in contrapposizione all'eterodeterminazione morale. Per Kant, l'autonomia consisteva nell'orientare il libero arbitrio secondo i principi etici riconosciuti dalla ragione come buoni e giusti. Nel contesto anglosassone, invece, in cui il principio dell'autonomia del paziente è stato introdotto nel discorso di etica medica sullo sfondo di una visione liberale e individualista dell'uomo, era in primo piano la concezione dell'autonomia come massima libertà decisionale possibile.

"Per effettuare un trattamento o un intervento medico è necessario il consenso del paziente"

Il filosofo viennese Günter Pöltner, già alla fine degli anni '90, constatava che nell'etica medica si era affermata una concezione dell'autonomia come "autodeterminazione esclusiva e libertà da impegni morali". La massima secondo cui la salute o il benessere del paziente devono essere prioritari per qualsiasi decisione medica (salus aegroti suprema lex) è stata spesso limitata nella pratica dalla nuova massima secondo cui la volontà del paziente è la legge suprema (voluntas aegroti suprema lex).

(1) Günter Pöltner , Autonomie des Patienten – Ethik der Fürsorge, in: Imago Hominis (1998), 253–259; qui 254.

“Ogni paziente ha il diritto a un’informazione completa e a un’adeguata informazione medica”

Nonostante la possibilità del dialogo d’informazione medica tra medico e paziente, permane un rapporto asimmetrico in cui il medico ha un “vantaggio difficilmente raggiungibile” sia in termini di conoscenza che di esperienza, mentre i pazienti, in situazioni di malattia spesso associate a insicurezza e dolore, non si trovano nella stessa posizione di un medico e non sono quindi in grado di prendere decisioni.
Questa problematica si è aggravata anche perché, per molti pazienti, l’internet è diventata la principale fonte di informazione in ambito medico. “Dr. Google” fornisce una grande quantità di informazioni, il che a prima vista è positivo. Il problema è che, senza una conoscenza preliminare adeguata, molte informazioni sono solo parzialmente comprensibili e, senza l’esperienza medica corrispondente, è difficile inserirle in un contesto completo in relazione al paziente stesso.(2).
I limiti dell’autonomia del paziente si manifestano anche nell’applicazione dell’“intelligenza artificiale” in ambito medico che, sebbene attinga a una quantità infinita di dati digitali, mina la possibilità di prendere decisioni personalizzate. Inoltre, gli strumenti di IA non sono in grado di valutare le soluzioni ai problemi proposti da una prospettiva etica.(3).

(2) Vedasi p.es. Patrizia Steuer, Dr. Google, bin ich krank?, in: Ärzte Woche vom 06.05.2024; online https://www.springermedizin.at/allgemeinmedizin/telemedizin/dr-google-bin-ich-krank/27075928 (14.03.2026).
(3) Vedasi p.es. Christian Günther, Artificial Intelligence, Patient Autonomy and Informed Consent, Nomos: Baden-Baden 2024; online https://doi.org/10.5771/9783748948919 (13.03.2026).

Alla luce di questi sviluppi, l'esperto di etica medica Giovanni Maio chiede che i due principi, autonomia e cura, non siano considerati in contrapposizione, ma come principi interconnessi. Il motto non dovrebbe essere "autonomia invece di cura", ma "autonomia attraverso la cura". Da un lato, Maio critica l'idea che oggi il paziente sia un cliente che decide in modo quasi sovrano. D'altra parte, mette in guardia dal ricadere in un'etica medica paternalistica. Basandosi sul concetto di "vulnerabilità", Maio sottolinea che il ruolo della medicina non può consistere nell'esaudire i desideri dei pazienti, ma nel prenderli sul serio nella loro vulnerabilità. Ciò include anche la sua dipendenza dai medici e dal personale infermieristico. Secondo Maio, la capacità di autodeterminazione individuale dipende sempre dalla presenza di condizioni sufficienti che la rendano possibile. Tra queste rientrano le informazioni e le relazioni di cura che, anziché limitare l'autonomia, la rendono possibile.(4).

Martin M. Lintner

(4) Cf. Giovanni Maio, Ethik der Verletzlichkeit, Freiburg i. Br. 2024; idem (a cura di), Der verletzliche Mensch Perspektiven auf eine anthropologische Grundsignatur, Freiburg i. Br. 2025.

Convenzioni di Ginevra, Giuramento di Ginevra e Codice Deontologico – Etica tra guerra e pratica clinica

Le Convenzioni di Ginevra segnano l'inizio di uno sviluppo in cui il diritto internazionale umanitario e l'etica medica professionale si influenzano reciprocamente. Esse rappresentano il tentativo di garantire standard minimi di umanità anche in guerra e costituiscono al contempo il fondamento storico dell'etica medica moderna.

Da Solferino al diritto internazionale umanitario

L'evento scatenante fu la battaglia di Solferino del 1859. Il commerciante svizzero Henry Dunant fu testimone di migliaia di feriti senza assistenza e organizzò spontaneamente aiuti, indipendentemente da nazionalità o uniforme. Nel suo libro "Un ricordo di Solferino" (1862) chiese la creazione di un'organizzazione internazionale di soccorso e la protezione giuridica dei feriti e del personale sanitario.
Nel 1863 nacque il Comitato Internazionale della Croce Rossa (CICR), seguito nel 1864 dalla prima Convenzione di Ginevra. Essa garantiva neutralità e protezione ai feriti e alle strutture sanitarie – una svolta etica: l'azione medica doveva restare al servizio dell'umanità anche in guerra.
Con l'industrializzazione della guerra, le norme furono ampliate. Il nucleo è costituito dalle quattro Convenzioni di Ginevra del 1949:

1. Protezione dei feriti e dei malati a terra
2. Protezione dei feriti, malati e naufraghi in mare
3. Protezione dei prigionieri di guerra
4. Protezione della popolazione civile

Esse vietano la tortura, i trattamenti inumani e gli attacchi contro i civili. I Protocolli aggiuntivi del 1977 rafforzarono in particolare la protezione nei conflitti sia internazionali sia non internazionali. Oggi le Convenzioni costituiscono la base per perseguire gravi violazioni, ad esempio davanti alla Corte penale internazionale. Allo stesso tempo, i conflitti asimmetrici moderni, le forme di guerra ibride e gli interessi politici mostrano i limiti della loro applicazione. Le norme giuridiche da sole non garantiscono l'umanità: dipendono da un vincolo morale.

“L’umanità non è un’aggiunta alla medicina – è il suo fondamento”

La conseguenza etica: il Giuramento di Ginevra

Dopo il 1945 emerse che anche medici erano stati coinvolti in crimini sistematici. I processi ai medici di Norimberga dimostrarono che il quadro giuridico non basta se fallisce l’etica professionale.
Nel 1948 l’Associazione Medica Mondiale adottò il Giuramento di Ginevra come versione moderna del giuramento di Ippocrate. Mentre le Convenzioni di Ginevra vincolano gli Stati, il Giuramento impegna personalmente il singolo medico.
I suoi principi fondamentali sono:

- servizio all’umanità
- priorità del benessere del paziente
- rispetto della dignità e dell’autonomia
- segreto professionale
- divieto di ogni discriminazione

Si stabilisce così una chiara gerarchia etica: nessuna pressione politica, ideologia o ordine può prevalere sulla responsabilità del medico verso il paziente.
Nel 2017 il Giuramento è stato profondamente rivisto a Chicago. Sono stati esplicitamente sottolineati due aspetti: il rafforzamento dell’autonomia del paziente e l’obbligo della cura di sé del medico. Quest’ultimo riconosce che l’integrità professionale e la qualità delle cure presuppongono la salute fisica e psicologica dei curanti.
Il Giuramento di Ginevra trasferisce quindi i principi umanitari del diritto bellico nella pratica clinica quotidiana, indipendentemente da guerra o pace.

Dalla promessa morale al codice vincolante

Il Giuramento è un impegno etico personale. Il Codice Deontologico compie un passo ulteriore: traduce i principi morali in norme professionali giuridicamente vincolanti.
Questi codici regolano in dettaglio:

- il rapporto medico-paziente
- l'informazione e la documentazione
- la collaborazione tra colleghi
- la ricerca e l'integrità professionale

In Italia il codice professionale si chiama "Codice di Deontologia Medica". È emanato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) ed è stato aggiornato nel 2024. Esso concretizza i principi del Giuramento di Ginevra nel quadro del diritto nazionale e risponde alle sfide di un sistema sanitario sempre più tecnologico ed economicizzato.
Si delinea così una linea di sviluppo: dall'idea umanitaria di Dunant, agli obblighi giuridici degli Stati, al vincolo morale personale del medico, fino ai doveri professionali istituzionalizzati.

"I processi ai medici di Norimberga hanno reso evidente: le norme giuridiche non bastano quando l'etica professionale fallisce"

L'etica come sistema di protezione multilivello

Convenzioni di Ginevra, Giuramento di Ginevra e Codice Deontologico rappresentano livelli diversi ma interconnessi dell'etica medica:

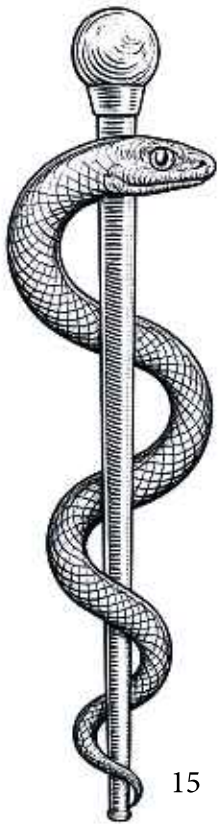
- livello giuridico, che vincola gli Stati in guerra
- livello personale, che impegna moralmente il medico
- livello professionale, che traduce i principi etici in norme vincolanti

Insieme perseguono un unico obiettivo: la tutela della dignità umana in condizioni estreme e quotidiane.
Proprio in tempi di tensioni geopolitiche, pressioni economiche nel sistema sanitario e crescenti possibilità tecnologiche, questo sviluppo ricorda che la medicina perde la propria legittimazione senza un fondamento etico. L'umanità non è un residuo storico: è la condizione imprescindibile dell'agire medico.

Convenzioni di Ginevra, Giuramento di Ginevra e Codice Deontologico – Etica tra guerra e pratica medica

La discussione sull'etica in medicina è indissolubilmente legata alle esperienze dei crimini più estremi contro l'umanità. Dal tentativo di limitare la sofferenza in guerra si è sviluppata progressivamente un'etica professionale medica vincolante. Le Convenzioni di Ginevra, il Giuramento di Ginevra e i codici deontologici nazionali rappresentano livelli diversi ma complementari della responsabilità umanitaria.

"Il Giuramento di Ginevra è un impegno etico. Il Codice Deontologico va oltre: traduce i principi morali in regole professionali concrete e giuridicamente vincolanti"



Da Solferino al diritto internazionale umanitario

Il punto di partenza fu la battaglia di Solferino del 1859. Il commerciante svizzero Henry Dunant assistette a migliaia di feriti non curati. Organizzò aiuti spontanei, senza distinzione di origine o uniforme, e nel 1862 pubblicò "Un ricordo di Solferino", chiedendo la creazione di un'organizzazione internazionale e la protezione giuridica dei feriti e del personale sanitario.
Nel 1863 nacque il Comitato Internazionale della Croce Rossa, seguito nel 1864 dalla prima Convenzione di Ginevra. Essa garantiva neutralità e protezione ai feriti e alle strutture sanitarie – un traguardo etico fondamentale.
alle strutture sanitarie – un traguardo etico fondamentale.
Con l'industrializzazione della guerra, le norme furono ampliate. Il nucleo resta quello delle quattro Convenzioni di Ginevra del 1949 (protezione dei feriti, dei naufraghi, dei prigionieri e dei civili). I Protocolli aggiuntivi del 1977 risposero alle nuove forme di conflitto.
Ancora oggi le Convenzioni costituiscono la base per perseguire gravi violazioni, ma conflitti asimmetrici, terrorismo e interessi politici ne mostrano i limiti. Le norme giuridiche dipendono sempre da convinzioni morali e integrità professionale.

La conseguenza etica: il Giuramento di Ginevra

I crimini nazionalsocialisti e i processi di Norimberga dimostrarono che anche i medici possono oltrepassare limiti etici fondamentali. Nel 1948 l'Associazione Medica Mondiale adottò il Giuramento di Ginevra.
Esso vincola il medico personalmente e afferma una priorità chiara: il bene del paziente prevale su ideologie politiche, ordini militari e pressioni sociali.
Principi centrali:

- servizio all'umanità
- priorità del benessere del paziente
- rispetto della dignità e dell'autonomia
- segreto professionale
- divieto di discriminazione

Nel 2017 il Giuramento è stato aggiornato, enfatizzando autonomia del paziente e autocura del medico, in risposta a pressioni lavorative ed economiche crescenti.

Dalla promessa morale alla norma vincolante

Il Codice Deontologico traduce questi valori in norme giuridicamente vincolanti. Regola il rapporto medico-paziente, gli obblighi informativi, la collaborazione, la ricerca e l'integrità professionale.
In Italia, il Codice di Deontologia Medica (FNOMCeO, aggiornato nel 2024) concretizza questi principi in 79 articoli suddivisi in 18 sezioni, adattandoli alle sfide di un sistema sanitario tecnologico ed economicizzato.

Etica come sistema multilivello

Lo sviluppo dalle Convenzioni di Ginevra al Giuramento fino al Codice Deontologico mostra una continuità: l'umanità viene istituzionalizzata su più livelli:

- giuridico
- personale
- professionale

In tempi di crisi globali, conflitti e pressioni economiche, questa etica resta essenziale. La medicina trae la sua legittimazione non solo dalla competenza tecnica o dalla legalità, ma dalla tutela della dignità umana.
L'idea umanitaria di Dunant si fonde così con l'identità moderna del medico: l'umanità non è un'aggiunta alla medicina, ma il suo fondamento.

Herbert Hanni

Etica della ricerca clinica: la Dichiarazione di Helsinki come bussola in un contesto in trasformazione

Definire che cosa sia "l'etica" in medicina – e, ancor più, nella ricerca clinica – non è semplice, e probabilmente non è nemmeno utile ridurla a una formula. Nella mia esperienza di clinico, ricercatore e poi presidente di un Comitato Etico Territoriale, l'etica della ricerca appare piuttosto come un esercizio continuo di equilibrio tra diritti, doveri e responsabilità che cambiano nel tempo.
Sono in gioco dimensioni diverse: la tutela dall'esposizione a rischi non necessari, il rispetto dell'autodeterminazione, la giustizia nell'accesso alle opportunità di cura e di conoscenza, la protezione dei dati personali, la trasparenza verso la comunità. È importante riconoscere che questi diritti non sono mai assoluti e raramente si "annullano" a vicenda. Il diritto a nuove possibilità terapeutiche non può cancellare la tutela della privacy; allo stesso tempo, la protezione dei dati non può tradursi in un blocco indiscriminato della ricerca.

La valutazione etica si colloca proprio in questo spazio di tensione, dove servono competenza, proporzionalità e decisioni caso per caso.
In questo quadro, la Dichiarazione di Helsinki rimane il riferimento etico più influente per la ricerca medica sull'essere umano, pur non essendo un testo giuridicamente vincolante. La sua forza sta nel fornire principi stabili e condivisi, capaci di orientare la pratica anche quando tecnologia, organizzazione della ricerca ed aspettative sociali cambiano rapidamente.
La revisione del 2024, approvata dalla World Medical Association nel sessantesimo anniversario della prima edizione, non è un semplice aggiornamento linguistico: rappresenta un tentativo esplicito di rendere la Dichiarazione adeguata a un ecosistema di ricerca profondamente trasformato, segnato da digitalizzazione, globalizzazione, disuguaglianze strutturali, uso secondario dei dati sanitari e crescente sovrapposizione tra attività di cura e attività di ricerca.

> "La Dichiarazione di Helsinki rimane il punto di riferimento etico più influente per la ricerca medica sull'essere umano"

Le principali innovazioni della versione 2024:

Nel 2025 la rivista JAMA ha dedicato una serie di contributi all'analisi critica delle principali novità di questa versione. Rimando alla bibliografia per gli approfondimenti e propongo qui una sintesi ragionata dei punti di maggiore impatto per la pratica clinica e la ricerca scientifica.

1) Da "subjects" a "participants": un cambio di prospettiva

La Dichiarazione adotta in modo sistematico il termine partecipanti, superando l'idea di "soggetti" come destinatari passivi della ricerca. Il linguaggio riflette un cambiamento di approccio: le persone coinvolte sono riconosciute come attori attivi, portatori di diritti e interessi propri.
Pur essendo un documento adottato dai medici, la Dichiarazione chiarisce inoltre che i suoi principi si applicano a tutti gli attori della ricerca, inclusi team, istituzioni e organizzazioni coinvolte nello studio.

2) "Free and informed consent": il consenso come libertà reale, oltre l'informazione

Il consenso informato viene riaffermato come libero e informato, con particolare attenzione alla libertà da pressioni o influenze indebite. Il problema, nella pratica, non è solo la comprensione delle informazioni, ma la possibilità di decidere in modo realmente autonomo.
Il consenso viene così inteso come un processo etico e comunicativo, un patto fiduciario che richiede al ricercatore di verificare comprensione e libertà decisionale, non semplicemente di raccogliere una firma.

3) Giustizia distributiva e ”meaningful engagement” di partecipanti e comunità

La revisione 2024 rafforza il tema della giustizia distributiva nella ricerca clinica. La valutazione etica non riguarda più soltanto il singolo partecipante e il suo rapporto rischio–beneficio, ma si estende a come rischi, oneri e benefici della ricerca siano distribuiti tra individui, gruppi e comunità.
Le scelte su chi includere o escludere dagli studi non sono eticamente neutrali: quando alcune popolazioni restano sistematicamente fuori dalla ricerca, anche le conoscenze prodotte e le cure future rischiano di essere meno appropriate per quei gruppi.
Per questo la Dichiarazione introduce il concetto di meaningful engagement, inteso come coinvolgimento sostanziale di partecipanti e comunità: ascolto delle priorità di salute, attenzione al contesto sociale e culturale, partecipazione al disegno degli studi e restituzione dei risultati. L'etica della ricerca si estende così oltre la tutela del singolo, includendo una responsabilità verso le comunità coinvolte.

4) Vulnerabilità: da etichetta statica a condizione contestuale e multilivello

Una delle innovazioni concettuali più rilevanti della revisione 2024 riguarda il modo in cui viene intesa la vulnerabilità. Questa non è più considerata una caratteristica fissa della persona o dell'appartenenza a una categoria, ma una condizione contestuale e multilivello, che dipende dal contesto e dalle caratteristiche specifiche dello studio.
In termini pratici, una stessa persona può non essere vulnerabile in senso assoluto, ma trovarsi in una situazione di maggiore vulnerabilità in relazione a un determinato progetto di ricerca. Tale vulnerabilità può derivare da fattori clinici, cognitivi, relazionali, sociali o istituzionali, che spesso si combinano tra loro.
Questo approccio consente di superare una logica puramente categoriale, che in passato ha portato all'esclusione automatica di intere popolazioni dalla ricerca. La revisione invita invece a considerare anche i danni dell'esclusione, riconoscendo che l'esclusione sistematica ha prodotto nel tempo lacune di conoscenza e disuguaglianze nelle cure. L'attenzione etica si sposta così dall'esclusione preventiva alla responsabilità di riconoscere, valutare e mitigare le condizioni di vulnerabilità, rendendo possibile un'inclusione responsabile con tutele proporzionate.

5) Dati sanitari, biobanche e uso secondario: dalla logica del consenso alla governance

La revisione 2024 aggiorna in modo significativo il tema dell'uso dei dati sanitari e dei materiali biologici, riconoscendo che una parte crescente della ricerca clinica si basa su dati già raccolti nel tempo in studi precedenti.
Il testo chiarisce che l'uso secondario dei dati richiede un consenso informato adeguato, ma riconosce che, in alcuni casi, ottenere un consenso specifico per usi secondari non anticipabili può essere impossibile o impraticabile. In queste situazioni non viene previsto un divieto automatico: la valutazione è affidata ai Comitati Etici, chiamati a esprimere un giudizio basato su proporzionalità, tutela della riservatezza e interesse pubblico.
L'etica della ricerca si estende così a una logica di governance, particolarmente rilevante nell'era della digitalizzazione e dell'intelligenza artificiale.

6) Trasparenza e integrità scientifica

La Dichiarazione ribadisce l'obbligo di registrare gli studi e di rendere pubblici i risultati, inclusi quelli negativi o inconcludenti, insieme alla dichiarazione di finanziamenti e conflitti di interesse.
La trasparenza viene riaffermata come elemento essenziale dell'etica della ricerca, a tutela dei partecipanti e della qualità delle conoscenze prodotte.

7) Disposizioni post-studio

La revisione rafforza l'obbligo di pianificare in anticipo le disposizioni post-trial per i partecipanti che necessitino ancora dell'intervento risultato benefico e ragionevolmente sicuro.
Eventuali eccezioni devono essere motivate, approvate dal Comitato Etico e chiaramente comunicate nel processo di consenso informato.

8) Comitati Etici:

La Dichiarazione attribuisce ai Comitati Etici un ruolo centrale nel tradurre i principi etici in valutazioni concrete e contestuali.
La revisione 2024 richiama esplicitamente la necessità di risorse adeguate, competenze multidisciplinari e reale indipendenza. Senza questi presupposti, la valutazione etica rischia di ridursi a un controllo formale o di perdere efficacia nel governare la complessità della ricerca contemporanea.
Una bussola che chiede una sostanziale implementazione
La revisione 2024 è ambiziosa perché sposta l'asse: dall'etica come protezione del singolo all'interno dello studio a un'etica che include giustizia, partecipazione, governance dei dati e impatto complessivo del sistema della ricerca. Proprio per questo, i principi della Dichiarazione richiedono una traduzione operativa: procedure, competenze, risorse e capacità di aggiornarsi su temi emergenti, come l'intelligenza artificiale, dove la Dichiarazione può orientare ma non sostituire linee guida più specifiche.

Conclusione

A sessant'anni dalla prima formulazione, la Dichiarazione di Helsinki continua a funzionare come una bussola non perché offra risposte automatiche, ma perché impone alla comunità medica una disciplina morale costante. La revisione del 2024 ci ricorda che l'etica della ricerca oggi non riguarda solo quanto rischio sia accettabile, ma anche chi viene incluso o escluso, come si costruisce fiducia, come si governa il riuso dei dati e come si garantisce che la conoscenza prodotta sia solida, trasparente e socialmente responsabile.

Luca Sebastianelli

Questi due eventi portarono alla definizione di norme fondamentali nella ricerca medica e, successivamente, nel 1964, alla Dichiarazione di Helsinki da parte dell'Associazione Medica Mondiale

L'esperimento di Tuskegee (1932–1972 Alabama) fu uno studio sanitario condotto dal governo americano su 600 uomini afroamericani. 399 di loro erano affetti da sifilide, 201 costituivano il gruppo di controllo. Lo studio aveva l'obiettivo di investigare il decorso a lungo termine della malattia. Il consenso dei partecipanti, in gran parte analfabeti e non padroni della lingua inglese, fu ottenuto tramite informazioni false e promesse ingannevoli. Nonostante la disponibilità della penicillina a partire dal 1947, non ricevettero alcun trattamento. L'obiettivo era l'osservazione, non la cura. Nel novembre 1965 l'epidemiologo Peter Buxtun venne a conoscenza dello studio per caso. Nonostante due richieste (nel 1966 e nel 1967) alla CDC per fermare la ricerca, questa continuò „("fino alla fine prevista, ossia l'autopsia dell'ultimo partecipante") Solo nel 1972, quattro mesi dopo che la giornalista Jean Heller aveva suscitato indignazione pubblica con il suo articolo sul „Washington Evening Star", si decise di porre fine a tutto ciò.

Processi di Norimberga e Codice di Norimberga (1946–1947): processo penale sugli esperimenti medici sotto il regime nazista. Il Codice ha formato principi etici fondamentali per la ricerca medica sull'uomo: consenso informato volontario, rischi minimi, valutazione rapporto rischio-beneficio, obbligo di interrompere in caso di danno, protezione dei partecipanti alla sperimentazione. Insegnamento: la ricerca sull'uomo deve rispettare la dignità e avvenire senza coercizione.

RESPONSABILITÀ E INTELLIGENZA ARTIFICIALE:: „THE AI WILL SEE YOU NOW“

L’intelligenza artificiale (IA) è ormai una realtà. Ciò che fino a pochi anni fa sembrava fantascienza è oggi concreto. L’IA si è fatta strada con una velocità straordinaria in quasi ogni dimensione della nostra vita professionale e privata, influenzando sempre più il modo in cui lavoriamo, comunichiamo e prendiamo decisioni.
Questo potenziale emerge con particolare evidenza nel settore sanitario, dove gli algoritmi basati sull’apprendimento automatico aprono nuove possibilità per un’assistenza più precisa, efficiente e personalizzata: fungono da ulteriore paio di occhi, supportano i medici nell’identificare con maggiore rapidità anomalie minime come tumori e lesioni e possono correlare dati genetici con la storia clinica del paziente per elaborare raccomandazioni terapeutiche su misura.
Con questo sviluppo, tuttavia, crescono non solo le speranze di diagnosi più accurate, ma anche le preoccupazioni per nuovi rischi e complesse questioni di responsabilità. Gli studi dimostrano che i sistemi di IA possono raggiungere rapidamente i propri limiti anche in condizioni di addestramento ottimali. Quando vengono confrontati con dati che si discostano dal loro addestramento originario, la loro accuratezza — e di conseguenza anche la loro affidabilità — diminuisce.(1)
Specialmente nel settore sanitario, queste oscillazioni non sono un mero dettaglio tecnico: esse impattano direttamente la sicurezza delle pazienti e dei pazienti.

> “La prova classica della colpa perde forza persuasiva sul piano pratico”

(1) W. Nicholson Price II / I. Glenn Cohen, Locating Liability for Medical AI, DePaul Law Review, Vol. 73, Spring 2024: I sistemi di IA medica nascono prevalentemente in contesti istituzionali dotati di ampie risorse e si basano spesso su basi di dati che riflettono solo una parte limitata della realtà assistenziale effettiva. Ciò dipende principalmente dal fatto che determinati dati sono particolarmente accessibili e confluiscono pertanto in modo sproporzionato nella ricerca e nello sviluppo. Una quota rilevante dei dataset utilizzati per la IA medica proviene infatti da soli tre Stati federali statunitensi — Massachusetts, New York e California. Numerosi studi fanno inoltre ricorso, in modo ricorrente, ai dati di un unico ospedale: il Beth Israel Deaconess Hospital di Boston, che mette a disposizione un dataset di ricerca di elevata qualità e liberamente accessibile.

Chi risponde quando la macchina sbaglia?

In questo contesto, sorge inevitabilmente la domanda su chi debba essere ritenuto responsabile del malfunzionamento dell'IA medica. La responsabilità ricade sul professionista curante? L'IA è intrasparente, si evolve continuamente e le sue prestazioni possono variare significativamente a seconda dello scenario di utilizzo. I medici spesso non dispongono delle competenze tecniche necessarie per comprendere appieno il funzionamento di tali sistemi o per rilevarne in modo affidabile i malfunzionamenti.
Dovrebbero quindi essere gli ospedali ad assumersi la responsabilità?
Le strutture sanitarie conoscono bene il proprio personale e i propri pazienti, ma in genere sanno poco dei dati di addestramento e dei processi di apprendimento dei sistemi impiegati, dati e processi che sviluppatori trattano frequentemente come segreti commerciali. Gli stessi sviluppatori, a loro volta, non dispongono di norma di una visione approfondita sui flussi di lavoro specifici delle singole strutture cliniche. In definitiva, nessuna delle parti coinvolte si trova nella posizione migliore per sostenere da sola il peso della responsabilità.
Per far fronte a questo dilemma, in Europa si è sviluppato un sistema a doppio binario: misure preventive volte a evitare potenziali danni già prima dell'utilizzo e/o della commercializzazione (ex ante), e un quadro di responsabilità che, in caso di danno, garantisce una imputazione equa dei relativi costi (ex post).
Proprio dalla prospettiva della prevenzione ex ante, il legislatore europeo ha compiuto un passo decisivo con l'adozione del Regolamento sull'intelligenza artificiale (c.d. AI Act) il 14 luglio 2024. L'AI Act armonizza per la prima volta i requisiti applicabili allo sviluppo, all'immissione sul mercato e alla messa in servizio dei sistemi di IA in tutta l'UE, avvalendosi di un approccio basato sul rischio. L'approccio si sostanzia nella c.d. «piramide del rischio», che distingue tra sistemi di IA con rischio inaccettabile, sistemi di IA ad alto rischio, sistemi a rischio limitato e sistemi a rischio minimo. A ciascuna di queste categorie si collegano obblighi differenti, in particolare per fornitori e utilizzatori. Mentre i sistemi con rischio inaccettabile sono integralmente vietati, i sistemi ad alto rischio sono soggetti a un ampio catalogo di requisiti in materia di sicurezza, trasparenza e governance dei dati. L'impiego dell'IA nel settore sanitario rientra inequivocabilmente in questa categoria ad alto rischio. Sebbene il Regolamento preveda requisiti estesi, le sole misure regolamentari non sono sufficienti a prevenire integralmente il verificarsi di conseguenze dannose.

L'AI Act, invero, non prevede veri e propri rimedi per coloro che subiscono danni a causa dell'IA — una circostanza non priva di ironia per un regolamento il cui obiettivo primario è la tutela dei diritti fondamentali dell'individuo.
Proprio per questo motivo, occorrono anche chiare regole ex post che individuano il soggetto responsabile in caso di danno. La responsabilità civile mira a riparare il danno subito, imputandone le conseguenze economiche al responsabile, e a ripristinare il soggetto danneggiato nella situazione in cui si sarebbe trovato in assenza dell'evento dannoso.

Black box: l'IA decide, ma chi risponde?

Tradizionalmente, il criterio di imputazione è stato ancorato alla «colpa», ossia all'imprudenza, all'imperizia o alla negligenza che concorrono causalmente alla produzione del danno. Il progresso tecnologico ha tuttavia determinato non solo un considerevole incremento dell'efficienza, ma anche una moltiplicazione dei casi di danno. Con essa, cresce la difficoltà di individuare con certezza una causa univoca — o esclusiva — del danno. In questo contesto, il tradizionale modello di responsabilità basato sulla colpa perde forza pratica. Al paradigma morale della colpa si sostituisce una concezione di responsabilità oggettiva, che non si fonda più principalmente sulla «colpa» individuale, bensì sul fatto che un comportamento abbia creato un rischio considerato dal nostro ordinamento come socialmente intollerabile. La responsabilità dovrebbe così essere imputata alla persona che, in ragione del suo ruolo, della sua prossimità al rischio e della sua posizione economica, appare più adatta a sostenerne le conseguenze.

“La vita e la salute sono beni giuridici ai quali l’ordinamento attribuisce un peso particolarmente elevato”

Uno degli esempi più emblematici è la recentemente riformata Direttiva UE sulla responsabilità per danno da prodotti difettosi, che ora include espressamente nel proprio ambito di applicazione anche il software e i file digitali. Al fine di agevolare la prova di un difetto del prodotto per il software complesso, sono stati introdotti nuovi meccanismi processuali. Questi consentono ai giudici, su istanza del soggetto danneggiato, di obbligare il produttore a fornire tutta la documentazione tecnica rilevante necessaria per fondare una pretesa risarcitoria, evitando così che i danneggiati si trovino di fronte a difficoltà probatorie derivanti dalla sola opacità tecnica di tali sistemi.
L’importanza di queste nuove presunzioni legali emerge con particolare evidenza in materia di responsabilità medica, in quanto si ricollegano a princìpi già sviluppati dalla giurisprudenza in materia di responsabilità da dispositivi medici.(2)

La difettosità di un prodotto non deve pertanto essere provata tecnicamente in ogni caso; è sufficiente la sussistenza di presunzioni semplici ossia indizi gravi, precisi e concordanti che consentano di concludere per l’esistenza di un difetto.
Queste agevolazioni probatorie, sorte nel settore dei dispositivi medici tradizionali, sono particolarmente adatte ai sistemi medici basati sull’IA, proprio perché il loro funzionamento è complesso, spesso opaco e tecnicamente difficile da seguire.
Nel settore sanitario sono in gioco la vita e la salute – beni giuridici cui l’ordinamento attribuisce un peso particolarmente elevato. Allo stesso tempo, la promozione di un sistema sanitario efficiente e di un’assistenza medica di qualità sempre più elevata riveste una rilevanza sociale considerevole.

(2) Cass., 29 maggio 2013, n. 13458; CGUE, 5 maggio 2015, Boston Scientific Medizintechnik GmbH, C-503/13 e C-504/13.

Nell'identificazione dei rischi, emerge che i sistemi di IA, oltre a rischi di conformità, di informazione e di sicurezza, comportano anche pericoli specifici derivanti dall'interazione tra uomo e macchina. Merita particolare attenzione il c.d. automation bias.(3) Questo si verifica quando il professionista curante si lascia guidare dai risultati di un sistema automatizzato, fidandosi eccessivamente delle sue capacità, pur essendo consapevole della fondamentale fallibilità della tecnologia. Ciò può favorire decisioni erronee e comportare potenzialmente conseguenze rilevanti sotto il profilo della responsabilità.

Il regime di responsabilità già vigente nel settore sanitario contempla entrambi i predetti modelli di imputazione. La responsabilità per colpa assume rilievo principalmente in relazione ai danni imputabili al medico curante, mentre la struttura sanitaria e il produttore di un dispositivo medico è tipicamente soggetto a responsabilità oggettiva.

È tuttavia indubbio che la crescente diffusione di nuove applicazioni tecnologiche richieda un adeguamento della responsabilità medica. L'obbligo di formazione professionale continua già previsto per i medici dovrebbe in futuro includere espressamente conoscenze in materia di gestione dei sistemi intelligenti. Inoltre, la diligenza professionale dovrebbe ricomprendere la necessità che, nonostante l'impiego di sistemi di IA, il controllo umano sul processo di trattamento rimanga garantito.(4)

Anche il contenuto del consenso informato dovrà essere adeguato alla decisione di impiegare sistemi intelligenti di nuova generazione nelle attività di cura. Le pazienti e i pazienti devono essere informati sulla tipologia, sui principi di funzionamento e sui rischi del sistema utilizzato, affinché il loro consenso mantenga validità giuridica.(5)

Non appare invece opportuno gravare anche il medico curante di una responsabilità oggettiva: ciò rischierebbe di spingere al ricorso alla medicina difensiva, tanto più acuto quanto maggiore è la probabilità che i medici vengano ritenuti personalmente e direttamente responsabili dei danni riconducibili a un malfunzionamento di un sistema intelligente.

(3) Johann Laux / Hannah Ruschemeier, Automation Bias in the AI Act: On the Legal Implications of Attempting to De-Bias Human Oversight of AI, 30 gennaio 2025, disponibile su SSRN.

(4) Elena Pavan, Intelligenza artificiale e modelli di responsabilità civile: riflessioni a margine dei recenti interventi normativi europei, 1° novembre 2025, Danno e Responsabilità, n. 6.

(5)Cfr. art. 50 AI Act; nonché la legge n. 132 del 23 settembre 2025, che introduce un quadro normativo nazionale in materia di intelligenza artificiale, in linea con l'AI Act, e stabilisce in particolare princìpi in materia di trasparenza.

Diversamente si configura la situazione per la responsabilità della struttura sanitaria. In caso di impiego di sistemi di IA, sono configurabili sia una responsabilità per violazione di obblighi di diligenza organizzativi o contrattuali, sia un'imputazione oggettiva di condotte illecite del personale medico ausiliario impiegato nell'ambito del trattamento.
Qualora invece il danno derivi da un difetto del sistema o da un malfunzionamento tecnico della macchina, potrebbe trovare applicazione una responsabilità ai sensi dell'art. 2050 c.c. per esercizio di attività pericolosa o, in alternativa, ai sensi dell'art. 2051 c.c. per danno cagionato da cosa in custodia. Tale responsabilità viene meno soltanto qualora possa essere provato che non la struttura, bensì il produttore ha esercitato l'effettivo controllo sul sistema in questione.
Indipendentemente da ciò, il soggetto danneggiato rimane libero di agire direttamente nei confronti del produttore per la responsabilità relativa al dispositivo basato sull'IA utilizzato.

Prospettive: il diritto in corsa con la tecnologia

I sistemi di IA hanno ormai fatto ingresso nel settore sanitario nelle forme più diverse: da applicazioni che si limitano ad automatizzare compiti routinari, fino a sistemi che apprendono autonomamente dai dati e producono risultati spesso con risultati non prevedibili in anticipo.
Sarà in larga misura la giurisprudenza a stabilire come il quadro giuridico esistente si applichi a questi nuovi scenari. Resta, in ogni caso, aperta la sfida, comune al legislatore e ai giudici, di adeguare le consolidate strutture di responsabilità al passo con la tecnologia, senza però frenarne lo sviluppo.

> "Sono necessarie regole chiare ex post per stabilire chi è responsabile in caso di danno"

Jakob Tasser

Etica dal punto di vista dei medici
Dobbiamo fare un passo indietro per andare avanti?

Solo perché possiamo farlo – dobbiamo davvero farlo?

Astrid:
Dovremmo porci sempre la domanda:"Solo perché possiamo farlo, dobbiamo anche farlo?"e valutarla ogni volta di nuovo. Il nostro compito come medici è prolungare la vita e alleviare la sofferenza. A questo ci siamo impegnati con un giuramento.

Alessandro:
È il singolo individuo l'unico che ha piena competenza su quale strada percorrere: se quella che estende la vita, anche a discapito della qualità, oppure puntare sulla qualità di vita a eventuale discapito della durata. Tale consapevolezza può derivare soltanto da una piena informazione circa le possibilità diagnostiche e terapeutiche e le aspettative connesse. In tal senso non esiste più il problema di "stiamo facendo ciò che è giusto o sbagliato", stiamo semplicemente rispettando la volontà di ciascuno. L'alleanza terapeutica tra paziente e medico è la base irrinunciabile. In assenza di dichiarazioni anticipate di trattamento, in situazione d'urgenza, è condivisibile il tentativo di salvare la vita ove sussistano reali (anche se minime) aspettative di successo e senza accanimento terapeutico, ovverosia senza ostinazione immotivata delle cure.

Astrid:
Sono dáccordo con te, pero´e`anche vero, che un paziente può rifiutare qualsiasi tattamento, ma non lo può esigere. La valutazione dell'utilità di una terapia spetta alla nostra responsabilità e competenza.

Alessandro:
L'autodeterminazione presuppone un consenso pienamente informato. In condizioni di incapacità a ricevere piena informazione, per fragilità o rifiuto cosciente di prendere posizione (il classico "dottore: decida lei per me!"), in assenza di tutore legale o amministratore di sostegno, è il medico a doversi intercalare nel ruolo di "migliore persona di fiducia del paziente", basandosi sulla volontà della persona che si ha davanti, oltre che sulla propria esperienza e su ciò che suggerisce la scienza in generale. Negli anni, inseguendo la medicina ultraspecialistica, si è progressivamente perso questo ruolo di riferimento, che in passato era pressoché esclusivo del medico di medicina generale, non a caso chiamato "medico di fiducia". La scienza ci dà risposte valide per la popolazione generale, difficilmente trasferibili al singolo. È solo di recente che il mondo scientifico sta scoprendo il valore del "tailoring", della personalizzazione del percorso di cura: adattare le raccomandazioni alla persona concreta che abbiamo davanti.

La disposizione anticipata di trattamento come via d´uscita?

Astrid:
Questa è una domanda legittima. Ritengo che il punto più importante in questo contesto sia il fatto che si parli della fine della vita. Se i familiari si trovano al momento della decisione a confrontarsi per la prima volta con questa questione, di solito ne sono sopraffatti. Tuttavia, se ci si è già confrontati in precedenza e si è espresso il proprio volere, questa responsabilità ricade su di loro: diventano semplicemente i portatori della volontà del paziente!

Alessandro:
E il problema è in gran parte culturale: in una società che dà per scontato che domani saremo al lavoro, non ci si lascia spazio sufficiente per la riflessione sulla propria vita. Non a caso le popolazioni con maggiore tutela della vita familiare e sociale registrano tassi più alti di stesura delle dichiarazioni anticipate di trattamento. È giusto chiedersi se possiamo davvero stabilire oggi cosa vorremmo in una situazione futura ignota, eppure una dichiarazione anticipata, anche se imperfetta, crea una base di dialogo tra medico, paziente e familiari di valore incomparabilmente superiore al silenzio.

Astrid:
Allora si pone la domanda: quando è il momento giusto per farlo? Cosa dici?

Alessandro:
Il momento giusto per parlare di fine vita probabilmente non è all'interno di un ospedale o il pronto soccorso. Il momento giusto è il momento in cui esiste una relazione di fiducia, spesso con il medico di famiglia, in una fase di relativa stabilità. Risulta difficile perché viviamo in una società che cerca di evitare il pensiero della morte, e perché come medici spesso crediamo erroneamente che parlare della morte distrugga la speranza. È vero il contrario: il dialogo è tempo di cura. La relazione di fiducia tra medico e paziente non può essere data per sottintesa, ma deve essere coltivata e mantenuta viva. Rischiamo di richiedere esami, guardare i monitor e le grafiche, trascurando che il dialogo stesso è già cura.

Astrid:
Parlare della morte e delle disposizioni anticipate di trattamento significa confrontarsi con la propria finitezza, cosa che comprensibilmente non è facile. Ognuno deve probabilmente decidere da sé qual è il momento giusto per farlo, ma è meglio non aspettare che si debba prendere una decisione, bensì affrontarlo in una situazione emotivamente più serena.
A mio avviso, la possibilità recentemente introdotta del suicidio assistito non rende questi colloqui più semplici.

Alessandro:
Giusto, il rischio che la possibilità del suicidio assistito crei una sottile pressione su persone anziane o fragili o sui malati gravi affinché "non siano un peso per nessuno" va combattuto dando il giusto valore alle varie fasi della vita. In una società capitalistica dove l'individuo che non lavora è considerato un peso economico, si finisce per non riconoscere il vero valore di chi non produce reddito, eppure la ricchezza più grande di una società è data proprio da chi non lavora: i bambini, i genitori (madri o padri) nel periodo di congedo per i figli o i singoli per assistenza ai familiari disabili, gli anziani con la loro esperienza. Fintanto che avremo bisogno del denaro, ci devono essere strumenti di assistenza adeguata che escludano il denaro dal porre limiti alla dignità della vita. La nostra sanità, che tutela la salute già a livello costituzionale, è un valore incommensurabile da salvaguardare. La legalizzazione sul fine vita crea più autodeterminazione solo se accompagnata da solide protezioni sociali, altrimenti rischia di diventare discriminazione per anzianità.

Astrid:
La discriminazione legata all'età, sulla base della situazione economica e sociale che attualmente riscontriamo e alla luce degli sviluppi demografici e economici che si stanno delineando, la considero una possibilità reale. Dobbiamo intervenire per contrastarla. Solo attraverso un ampio dibattito sociale possiamo, a mio avviso, evitare che ciò che ora si presenta come libertà ultima finisca per trasformarsi in un'aspettativa, nel momento in cui qualcuno non venga più considerato un membro utile della società.

Alessandro:
E poi bisogna anche dire, che una decisione al termine della vita è raramente davvero libera quando vi concorrono la paura, la solitudine e la dipendenza. Per questo l'autonomia non può esistere nel vuoto: ha bisogno di relazione, accompagnamento e tempo. L'obiettivo non è togliere al paziente la decisione, ma metterlo nelle condizioni di poter decidere davvero liberamente. Ciò richiede una vera alleanza terapeutica, un supporto psicosociale adeguato e spesso il coinvolgimento della famiglia e del medico di medicina generale che conosce la persona nella sua interezza.

Astrid:
Le ragioni più frequenti del desiderio di togliersi la vita sono, come è noto: delusioni amorose, perdita del lavoro e mobbing. A queste persone dovremmo pur poter offrire qualcosa di più del suicidio assistito! Anche se in Italia questi motivi attualmente non sono riconosciuti come presupposti per il suicidio assistito, nei Paesi in cui il suicidio assistito è consentito da più tempo si osserva che l'evoluzione porta inevitabilmente a un ampliamento delle indicazioni. In diversi di questi Paesi, nel frattempo, anche i minorenni hanno ottenuto accesso alla possibilità del suicidio assistito.

Dunque fare un passo indietro – verso dove?

Astrid:
Forse non verso meno tecnologia — che in effetti ci ha fatto progredire — ma verso un impiego mirato delle possibilità tecniche, senza una discriminazione indiscriminata di tutte le modalità di indagine e di terapie "morbide", come le conosciamo da secoli. Anche per noi "medici della medicina convenzionale" funziona l'effetto placebo; utilizzare in modo responsabile le risorse limitate rientra tra i nostri doveri. Proprio il morire è cambiato radicalmente negli ultimi 150 anni, e non necessariamente in meglio.
Così come ogni diagnostica di cui sappiamo fin dall'inizio che non influenzerà la nostra decisione terapeutica è superflua, allo stesso modo una buona terapia è efficace solo se il paziente la accetta e la assume. Questo richiede comunicazione, rispetto e cura.

Alessandro:
Concordo, un passo indietro non significa meno medicina, bensì significa spesso rimettere la persona al centro: più tempo, più relazione, più dialogo. Non significa rifiutare le tecnologie, ma metterle al servizio dell'essere umano. La scelta consapevole di non intervenire non è una sconfitta.

Anzi, è esperienza di tutti che le scelte del paziente a volte superino le migliori aspettative: la medicina è e rimane una "scienza inesatta" dove le molteplici variabili biologiche possono determinare un andamento diverso dal previsto. Il problema è che dal medico ci si aspetta solo certezze, mentre dobbiamo riconoscere che la certezza spesso non ci può essere. E inseguendo l'utopia della certezza, finiamo per trascurare che il dialogo è già tempo di cura.

Astrid:
E poi bisogna accettare i propri limiti. Non poter guarire non è un fallimento medico, ma un cambiamento dell'obiettivo della terapia. La vera capitolazione del medico è l'affermazione: "Non posso più fare nulla per lei! "Non la prognosi infausta.

Alessandro:
Per me un segno di progresso sarebbe il giorno in cui un medico che dice al proprio paziente "non lo so, ma sono qui" non viene considerato debole, bensì coraggioso. Il giorno in cui il dialogo al letto del paziente viene considerato prezioso quanto un referto tecnologico. Il giorno in cui i giovani medici imparano a guardare negli occhi i propri pazienti e a trovare lì le risposte che nessun laboratorio può dare. Il progresso significa che la salute come dimensione olistica della vita (fisica, psichica, sociale e spirituale) sia realmente al centro della pratica medica.

Spetta al medico decidere quando una vita non è più degna di essere vissuta?

Astrid:
No! I Processi di Norimberga e gli sviluppi nell'etica medica che ne sono scaturiti non risalgono a molto tempo fa.
Il medico decide, sulla base della propria competenza, quando l'agire medico debba passare da un obiettivo curativo a un'assistenza palliativa improntata alla cura e all'accompagnamento.
Vogliamo prolungare la vita e alleviare la sofferenza.
Il valore della vita è determinato unicamente e soltanto dalla gioia di vivere soggettiva.

Alessandro:
Infatti, noi medici non possiamo decidere quando una vita non vale più la pena di essere vissuta, non è questo il nostro compito. Il compito della medicina è accompagnare la vita, non valutarla. Il fatto stesso che ci si chieda se la medicina debba accettare la morte come parte della vita dimostra quanto l'esasperazione del rincorrere il dato "sopravvivenza" sia diventata assurda: la morte non solo fa parte della vita e deve essere accettata, ma è l'unico elemento certo della nostra esistenza. Siamo in vita su questo pianeta non per cercare di scappare dalla morte, ma per costruire e mantenere la salute, di aiutarsi nella costruzione di una vita felice reciproca tra gli individui.

Astrid:
Anche se il non iniziare e il sospendere misure di prolungamento della vita fanno parte di una medesima decisione, è di gran lunga più semplice non iniziare una ventilazione artificiale che interromperla.
Si apre così un conflitto tra ragione medica, responsabilità etica e la propria umanità. Affrontarlo sempre ed esclusivamente da soli è difficile. Le consulenze etiche permettono di distribuire su più spalle il peso di decisioni che, pur essendo professionalmente giustificabili, sono delle volte personalmente insopportabili.
Ti sei gia´trovato in una situazione da dover sostenere decisioni che a livello personale erano quasi insopportabili?

Alessandro:
Sì, le riflessioni personali sono all'ordine del giorno in medicina. Sono i momenti in cui la medicina come scienza e l'essere umano come persona entrano in conflitto. I momenti più difficili non sono quelli in cui non si sa cosa fare, ma quelli in cui si sa cosa fare e si fa fatica lo stesso a sopportarlo. In quei momenti non aiuta nulla più dell'onestà con se stessi, del dialogo con i colleghi e della consapevolezza che anche i medici sono esseri umani vulnerabili. Ammettere la propria vulnerabilità non è debolezza: è la premessa per una medicina davvero umana.

Alessandro de Felici

Un passo indietro può portarci avanti?

Alessandro:
Si riconosce che un passo indietro è il passo giusto in avanti quando si smette di cercare la certezza, che in medicina non esiste, e si comincia ad avere il coraggio di stare nell'incertezza insieme al paziente. Quando si impara a guardare negli occhi la persona che si ha davanti. Quando si comprende che il dialogo è tempo di cura e non tempo perduto. Quando si riconosce che la medicina è una "scienza inesatta" e che questa imperfezione non è debolezza ma ricchezza, perché ci obbliga a trattare ogni essere umano come unico e irripetibile: le risposte alle domande piú difficili dobbiamo cercarle negli occhi delle persone che abbiamo davanti.

Astrid:
I nostri pazienti sono lo specchio delle nostre decisioni.

Astrid Marsoner

1. Che cos'è Young Doctors

Young Doctors è un'iniziativa pensata per riunire i medici in formazione e i colleghi nei primi anni di attività professionale, creando uno spazio riconoscibile all'interno dell'Ordine dei Medici.
L'obiettivo è semplice e ambizioso: trasformare la fase più complessa dell'ingresso nella professione in un percorso più chiaro, sostenibile e condiviso, grazie a una rete di pari, a momenti di confronto e a strumenti pratici.
Non si tratta solo di "fare gruppo": Young Doctors vuole essere una piattaforma concreta di supporto, rappresentanza e crescita professionale, capace di parlare il linguaggio dei giovani medici e di valorizzarne energie, idee e competenze.

Perché nasce

Molti di noi hanno vissuto anni di studio lontano da casa, in altre città o anche all'estero. In quel periodo, oltre alla fatica dell'università, abbiamo affrontato burocrazie complesse, ambienti nuovi e, spesso, la sensazione di dover "ricominciare da zero". A fare la differenza è stata quasi sempre una comunità: una rete di persone pronte a condividere esperienze, a dare indicazioni pratiche, a formarsi insieme.
Dopo la laurea, però, questo bisogno non scompare: in alcuni momenti diventa ancora più forte. L'avvio della specialità, i primi incarichi, i turni, le scelte di carriera, la gestione delle procedure amministrative e l'inserimento in un nuovo contesto possono generare isolamento e disorientamento. Young Doctors nasce proprio per rispondere a questa necessità: offrire un ambiente giovane, accogliente, preparato e collaborativo, in cui sentirsi parte di qualcosa e trovare punti di riferimento.

YOUNG DOCTORS
PROVINCIA DI BOLZANO
PROVINZ BOZEN

A chi si rivolge

Young Doctors è rivolto:
• ai medici e odontoiatri in formazione specialistica e ai medici di medicina generale in formazione;
• ai neoabilitati e ai giovani colleghi nei primi anni di attività;
• ai professionisti che arrivano sul territorio (ad esempio da altre regioni o dall'estero) e cercano una rete di supporto.
L'idea è includere: più la comunità è ampia e interdisciplinare, più diventa ricca di competenze e di punti di vista.

Cosa offre: obiettivi e attività

Young Doctors vuole essere un luogo in cui crescere insieme, con iniziative che uniscono utilità pratica e qualità delle relazioni. Nel primo anno di attività abbiamo scelto di partire da bisogni concreti, emersi direttamente dall'esperienza quotidiana dei giovani colleghi, per rendere più semplice l'inserimento sul territorio e favorire una rete professionale viva e accessibile.

Tra I progetti principali:

Aperitivi ed eventi di networking tra giovani medici: momenti informali per conoscersi, creare legami tra colleghi di diverse specialità e favorire scambio di esperienze, collaborazione e senso di appartenenza.

Progetto alloggi: trovare casa: iniziativa pensata per aiutare i medici che ne hanno necessità a individuare soluzioni abitative, un passaggio spesso critico per chi arriva da fuori. Prevede la creazione di una sezione dedicata agli annunci tramite l'Ordine dei Medici, dove vengono pubblicati e aggiornati numerosi annunci ogni settimana, così da facilitare contatti diretti e rendere la ricerca più rapida e sostenibile.

Convenzioni per la formazione (es. AMBOSS): sviluppo di scontistiche e accordi con piattaforme e strumenti di studio e aggiornamento, per rendere la formazione continua più accessibile e supportare lo studio durante i primi anni di attività.

Sezione dedicata sul sito dell'Ordine: riconoscimenti e informazioni utili: creazione di uno spazio online unico e aggiornato con procedure, contatti e link di riferimento (riconoscimenti, passaggi amministrativi, adempimenti), per ridurre incertezze e burocrazia "invisibile".

Raccolta delle criticità e trasmissione alle autorità competenti: raccolta strutturata delle difficoltà riscontrate in prima persona dai giovani medici: organizzative, burocratiche, formative e logistiche, con l'obiettivo di portarle in modo diretto ai referenti competenti e trasformarle in proposte operative.

Interviste ai primari per conoscere le specialità in Alto Adige (https://drive.google.com/drive/folders/1CVmvW3BQojiKI_vIAPCj0CgRQYE3d_Lo): realizzazione di interviste ai responsabili di reparto per raccontare le diverse realtà cliniche del territorio, chiarire opportunità e caratteristiche delle specialità e offrire uno strumento orientativo a chi è interessato o curioso.

E questo è solo il primo passo. In un anno abbiamo posto basi concrete, ma molti progetti sono già in divenire.

Un progetto che rende il territorio più attrattivo

Investire sui giovani medici significa investire sulla tenuta del sistema sanitario. In molte realtà europee si osservano difficoltà di reclutamento e retention, soprattutto in aree periferiche o con caratteristiche linguistiche e culturali specifiche. L'Alto Adige è un territorio bellissimo e particolare: può offrire molto, ma richiede anche un accompagnamento attento per chi arriva.
Creare una rete giovane e propositiva rende il territorio più accogliente e competitivo: favorisce l'integrazione professionale, aiuta a trattenere competenze e contribuisce a costruire un clima di lavoro più collaborativo.

Un invito a partecipare

Young Doctors è un progetto nato da noi e per noi: per costruire le condizioni migliori per lavorare, formarci e, soprattutto, crescere insieme. È uno spazio in cui fare rete, trovare orientamento, trasformare le difficoltà in opportunità e portare proposte reali.
Per rimanere aggiornati su eventi, iniziative e nuovi progetti, seguiteci sulla nostra pagina Instagram e tramite il sito dell'Ordine dei Medici, oppure scriveteci per essere inseriti nella nostra mailing list:
youngdoctors.bz (Instagram)
bz.youngdoctors@gmail.com

Simona Costa

Dalle certezze alla scelta consapevole. Viaggio di un medico nella formazione transfrontaliera

Quando la formazione non è una linea retta

Ci sono percorsi di formazione lineari, prevedibili, quasi geometrici. E poi ci sono quelli che assomigliano molto di più alla "clinica medica": pieni di deviazioni, intuizioni improvvise, ripensamenti e scoperte inattese. Il mio è stato senza dubbio il secondo tipo.
Quando ho iniziato la specializzazione in Germania, ero convinto di aver individuato la mia strada. Poi, nei primi mesi di reparto, mi sono accorto che ciò che mi aveva affascinato sui libri non coincideva affatto con ciò che provavo al letto del malato. È stato uno shock formativo, ma anche l'inizio di una crescita autentica.
In quel momento ho capito che scegliere una specializzazione significa soprattutto scegliere per passione, non solo cosa si è studiato con piacere. E per farlo servono tempo, libertà e la possibilità di cambiare direzione quando ci si rende conto che quella intrapresa non è la propria.
È per questo che il modello tedesco prima e quello "transfrontaliero" poi sono diventati la cornice ideale del mio percorso: non perché fossero più semplici, ma perché permettevano di esplorare. Permettevano di capire, sbagliare, correggere la rotta. E di trasformare una passione teorica in una scelta professionale consapevole.

Gli inizi in Germania: dalla teoria alla realtà clinica

Nel 2016 ho iniziato la mia formazione specialistica presso l'Universitätsklinikum des Saarlandes, scegliendo inizialmente gastroenterologia. Nel mio percorso universitario italiano, la pratica clinica era stata marginale o comunque poco rappresentativa della realtà quotidiana del lavoro medico. La scelta di gastroenterologia era stata dettata dalla forte passione teorica per la materia, ma i primi mesi di reparto mi hanno messo di fronte a una verità semplice: la strada che avevo intrapreso basandomi sull'entusiasmo di studiarne la materia non mi trasmetteva quella passione che ero certo di trovare. Il sistema tedesco, tuttavia, offre una grande flessibilità nei primi anni di formazione: cambiare indirizzo è possibile, naturale e persino incoraggiato quando serve a modellare il proprio sviluppo professionale.

La scoperta della pneumologia e la forza della flessibilità

Grazie a questa flessibilità – analoga a quella del sistema austriaco, oggi alla base anche del modello transfrontaliero in Alto Adige – ho potuto in poche settimane, senza perdere mesi preziosi di formazione, cambiare l'indirizzo della specializzazione dalla gastroenterologia alla pneumologia.

Questa scelta si è dimostrata subito più in linea con la mia personalità e con il mio modo di concepire la medicina: un equilibrio tra manualità, ragionamento clinico, fisiopatologia e una relazione molto stretta con il paziente.
Dopo un primo periodo in pneumologia, ho avuto l'opportunità di approfondire la cardiologia, esperienza altrettanto preziosa che ha ampliato il mio sguardo sulla medicina interna e sul paziente complesso. Sono poi tornato definitivamente alla pneumologia, riconoscendola come la mia vera dimensione professionale.

Il trasferimento in Alto Adige e il periodo di San Candido

Nel 2019 ho deciso di tornare in Italia, iniziando il mio percorso "transfrontaliero" e trasferendomi in Alto Adige. Il primo impatto è stato intenso: ho trascorso un periodo estremamente impegnativo ma formativo presso l'ospedale di San Candido, in un contesto profondamente segnato dalla pandemia di COVID-19.
Lì ho potuto continuare, purtroppo solo parzialmente, la mia formazione riconosciuta secondo il modello transfrontaliero. Come ogni sistema, anche questo presenta luci e ombre: se da un lato garantisce una grande libertà e un'ampia possibilità di rotazioni, dall'altro può risultare complesso da gestire nei suoi aspetti burocratici e organizzativi.

Perché ho scelto il modello tedesco e transfrontaliero

Il filo conduttore del mio percorso è stato uno: la libertà formativa.
Nei primi anni di specializzazione, poter esplorare diversi reparti, cambiare indirizzo, verificare sul campo le proprie attitudini è un valore enorme. Molti di noi arrivano alla laurea con una passione costruita sui libri, non sulla clinica. E non sempre la pratica coincide con le aspettative idealizzate della materia. Allo stesso tempo, alcune discipline che sui testi sembrano aride o poco attraenti si rivelano affascinanti nella quotidianità clinica. La pneumologia, per me, è stata esattamente questo: una scoperta graduale, concreta, autentica.
Il modello transfrontaliero – con la sua struttura modulare, la parziale intercambiabilità tra reparti e la flessibilità – permette di modellare il proprio percorso in modo molto più personalizzato rispetto al sistema italiano classico.

Ciò che questo percorso mi ha insegnato

La mia formazione è stata tutt'altro che lineare, ma ha rappresentato esattamente ciò che desideravo: un percorso che mi permettesse di conoscermi professionalmente, di esplorare, di cambiare idea e di crescere.
Il modello tedesco prima e quello transfrontaliero poi mi hanno offerto una libertà che considero fondamentale per diventare un medico completo e consapevole.

Francesco Conte

Formazione con prospettive - ma senza sistema? Sulla situazione del PJ in Alto Adige

Sulla situazione attuale dell'Anno Pratico in Alto Adige

Prima che uno studente di medicina riceva l'abilitazione e possa ufficialmente esercitare come medico, deve affrontare una fase decisiva: l'Anno Pratico (PJ). Rappresenta la conclusione degli studi, si svolge nell'ultimo anno (11° e 12° semestre) ed è concepito come transizione tra la teoria universitaria e la responsabilità clinica autonoma. In tre periodi (tertiali) di 16 settimane ciascuno in Medicina Interna, Chirurgia e una materia a scelta, gli studenti delle università tedesche, ad esempio, dovrebbero apprendere il mestiere che nessun libro può trasmettere.
L'effettiva utilità del PJ può essere intesa come una "prova generale": sotto supervisione, i futuri medici devono assumersi per la prima volta la responsabilità dei pazienti, formulare diagnosi e pianificare terapie. È il momento in cui la conoscenza teorica deve trasformarsi in pratica clinica. Tuttavia, mentre l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige pubblicizza un ambiente familiare e uno scenario alpino, un recente sondaggio tra gli studenti PJ in Alto Adige rivela un profondo divario strutturale. Qui la formazione spesso non è guidata da un sistema e da una struttura, ma dipende dal puro caso e dalla fortuna, ovvero dal medico che ti capita in quella giornata.

Il "sistema rotto": quando la motivazione si trasforma in disillusione

I problemi non riguardano certamente solo l'Alto Adige, ma fanno parte di una crisi più ampia della formazione medica. Ad esempio, il settimanale DIE ZEIT ("Tirocinio in un sistema rotto") ha già riferito sulle condizioni del PJ, descrivendo per la Germania uno stato di "umiliazione". Gli studenti riferiscono di percepire l'intero percorso di studi come "sprecato" perché nel PJ non vengono trattati come futuri colleghi, ma come manovalanza a basso costo.
In Alto Adige si manifesta una variante specifica di questa crisi. I risultati del sondaggio evidenziano che la provincia dispone dei mezzi finanziari e del personale, ma non riesce a stabilire una cultura della didattica e formazione. Mentre in Germania il problema principale è spesso il sovraccarico di lavoro, in Alto Adige si aggiunge un massiccio deficit organizzativo.

I risultati del sondaggio in Alto Adige: formazione a proprio rischio

I feedback degli studenti che hanno operato nelle cliniche altoatesine e che hanno partecipato al mio sondaggio possono essere suddivisi in tre aree critiche fondamentali:

1. Organizzazione e integrazione carenti o parzialmente assenti nei reparti
Il punto critico più grave è la mancanza di una qualsiasi pianificazione; in molti reparti non esiste un onboarding sistematico o l'assegnazione a aree specifiche.
• Il ruolo di "supplicante": gli studenti riferiscono di trovarsi spesso disorientati nei reparti al mattino. Devono "accodarsi" proattivamente a un medico qualsiasi, sperando che questi abbia tempo e interesse a fare insegnamento.
• Esclusione invece di integrazione: manca una chiara assegnazione ad aree funzionali come il pronto soccorso, il reparto, la sala operatoria o l'ambulatorio. Chi non si impone con i "gomiti alti" rimane un osservatore passivo invece di imparare attivamente sul paziente.
Per esperienza personale posso riferire che, in un totale di quattro mesi, non sono mai stato assegnato una sola volta al pronto soccorso, all'ambulatorio o al reparto. Piuttosto, al termine del briefing mattutino, venivo talvolta chiamato in sala operatoria con un cenno della mano per "tenere i divaricatori", al fine di compensare la mancanza di medici specializzandi o di altro personale specializzato.

2. L'insegnamento come "prodotto di scarto"
Come sottolineato da Pedram Emami del Marburger Bund su DIE ZEIT (articolo del 09.09.2025), in molte strutture l'insegnamento è un "prodotto di scarto della quotidianità". In Alto Adige, ciò porta alla perdita di preziosi momenti clinici:
• Presenza senza partecipazione: invece di apprendere abilità cliniche sotto supervisione, gli studenti vengono spesso impiegati per semplici attività di routine come i prelievi di sangue o lasciati nella stanza solo come osservatori, senza una successiva analisi didattica.
• La spirale della fortuna: il fatto che la formazione avvenga dipende esclusivamente dall'impegno individuale del medico di turno; manca un sistema di garanzia.

3. Il confronto: dove l'Alto Adige perde terreno

L'Alto Adige compete direttamente con i sistemi di formazione dei paesi vicini. Tuttavia, nel confronto emerge un netto divario in termini di vincolatività:

Aspetto	Germania (PJ)	Austria (KPJ)	Alto Adige (Italia)
Struttura	Tertiali rigidi, spesso burocraticamente sovraccarichi	L'anno clinico-pratico è definito da chiari obiettivi di apprendimento e soggiorni in molti reparti diversi	Spesso informale e disorganizzato; pochi curricula vincolanti
Rilevanza	Spesso visto come forza lavoro gratuita	Gli studenti sono "colleghi in formazione" e solitamente visti come parte del team	Si oscilla tra attenzione sporadica e isolamento totale
Sociale	Grande insoddisfazione (sondaggi bvmd); proteste per un "PJ equo"	Vincolatività; solitamente l'insegnamento è inteso come parte del compito medico	Organizzativamente e didatticamente spesso un "anno/tertiale perso"

Collasso sistemico o nuovo inizio?

I risultati del "PJ-Barometer" della bvmd e dell'articolo di DIE ZEIT lanciano l'allarme: un medico su due in Germania si sente sovraccarico, uno su quattro pensa di abbandonare la pratica clinica quotidiana. Se l'Alto Adige "scoraggia" le sue giovani leve già durante il l'anno pratico, la carenza di medici del futuro sarà in parte autoindotta.
Su DIE ZEIT viene descritto il fenomeno per cui gli studenti si trascinano al lavoro nonostante la febbre, perché i giorni di malattia vengono conteggiati rigorosamente nei 30 giorni di assenza consentiti per l`intero anno pratico. Questa atmosfera di "resistenza" invece di "apprendimento" si ritrova anche in Alto Adige. Per ricevere l'indennità di 900,00 euro lordi al mese (5,63 euro lordi l'ora), gli studenti dell'anno pratico devono essere presenti in media almeno otto ore al giorno per cinque giorni a settimana.

Purtroppo, la realtà è che molti dopo 3-4 ore non ricevono più compiti o insegnamenti e devono "scaldare la sedia" per il resto del tempo per ottenere un'indennità che è molto inferiore a qualsiasi salario minimo o, ad esempio, alla borsa di studio per gli studenti di infermieristica della Claudiana di Bolzano. Questi ultimi ricevono, secondo la delibera della Giunta Provinciale n. 717 del 22 agosto 2023, una paga oraria di 15,00 euro. Di conseguenza, quasi il triplo di uno studente di medicina alla fine dei suoi sei anni di formazione.
A mio parere, la situazione attuale rappresenta un paradosso: l'Alto Adige investe milioni in infrastrutture, nuovi edifici e tecnologia, ma lascia "sotto la pioggia" la risorsa più importante che dovrebbe gestire questi investimenti: i futuri medici e la loro formazione.

Mathias Tasser

Richieste per una sede con un futuro

Affinché l'Alto Adige brilli non solo per il panorama alpino ma per la qualità della formazione, è necessaria una svolta radicale. Le richieste concrete sono:

1. Sistemi di tutoraggio obbligatori vero e non solo formale: ogni studente deve essere assegnato a un mentore che disponga di tempo dedicato per l'insegnamento. La formazione e l'insegamento deve essere considerata orario di lavoro.

2. Piani di rotazione strutturati: un tertiale di PJ deve seguire un curriculum chiaro (es. settimane fisse in pronto soccorso, ambulatorio, reparto). Questa suddivisione non deve essere rinegoziabile. I giovani medici devono conoscere tutti gli aspetti di un reparto e non essere usati solo come "porta-divaricatori" in sala operatoria.

3. Integrazione nel flusso di lavoro clinico: basta con lo "status di spettatore". Gli studenti devono poter gestire i propri pazienti (sotto supervisione) per prepararsi davvero alla professione.

4. Retribuzione equa per prestazioni eque: se ai medici in PJ viene richiesto di lavorare 40 ore a settimana ("tempo pieno"), ciò deve essere adeguatamente compensato. Come può nascere un senso di valorizzazione se il medico PJ riceve un terzo della paga oraria dei colleghi infermieri, che hanno un percorso di studi più breve?

L'Alto Adige ha tutte le carte in regola per diventare una sede PJ attrattiva in Europa. Ma finché la formazione sarà vista come un fastidioso sottoprodotto, il potenziale rimarrà inutilizzato. Il PJ non deve più essere una formalità senza utilità in cui i giovani perdono la motivazione. Deve essere la fase in cui gli studenti diventano colleghi competenti. L'Alto Adige non può permettersi di perdere questo vivaio per disorganizzazione e mancanza di volontà di cambiamento.

La cultura dell’errore in chirurgia

Roger Pycha & Guido Schumacher

Tutti commettono continuamente errori, nella vita privata come sul lavoro. Nella maggior parte dei casi questi errori sono così piccoli che non vale la pena menzionarli o che non vengono nemmeno notati. Tuttavia, possono essere anche tali da mettere in pericolo un paziente.
A volte si tratta di errori assolutamente evitabili, causati da disattenzione o negligenza. Questi vengono legalmente considerati errori terapeutici e quindi sanzionati. Esempi per questo tipo di errori possono essere lo scambiamento del lato in un intervento al ginocchio o la dimenticanza di oggetti come tamponi o strumenti nella cavità addominale.
Altri errori diventano riconoscibili come tali solo dopo che si sono verificati, come ad esempio un intervento chirurgico che, retrospettivamente, sarebbe stato meglio non eseguirlo, perché il rischio operatorio era molto elevato. Questa situazione non costituisce un errore terapeutico ai sensi della legge, ma è stata provocata dall'aumento di un rischio in una situazione di rischio gia´alto. Peraltro il rischio preoperatorio viene discusso in modo dettagliato con il paziente prima dell'intervento e l´intervento stesso neccessita in ogni caso del consenso scritto e informato da parte del paziente.
Da ciò vanno distinte le complicanze che possono verificarsi anche in caso di trattamento molto accurato, senza che vi sia una colpa, come ad esempio un'insufficienza anastomotica dopo una sutura intestinale o un'embolia polmonare. Più grande è l'intervento, più probabili sono le complicanze. Nel caso delle resezioni esofagee, parliamo di un tasso di complicanze accettabili fino al 50% che solitamente sono facilmente trattabili e gestibili. Queste complicanze vengono classificate dai tribunali come fatali e di conseguenza non vengono punite.

Se l'intervento non viene eseguito in modo tecnicamente ottimale, si verificano evidentemente più complicanze; per esempio emorragie secondarie dovute a legature non solide o a tecniche chirurgiche non adeguate, lesioni ad altri organi come l'uretere o la milza. Per prevenire questa situazione e mantenere la qualità dell'intervento il più alta possibile, un chirurgo esperto assiste il chirurgo meno esperto fino a quando la qualità non è sufficientemente alta da consentirgli di operare in modo autonomo..

La tabella 1 riassume i 3 tipi di errori.
Tabella 1: Errori in chirurgia
1. Errore terapeutico dovuto a negligenza
p.e.Lato operatorio o paziente sbagliato, strumento dimenticato, farmaco o dosaggio sbagliato, ecc.
2. Errore secondario evitabile
p.e.Rischio operatorio troppo elevato, intervento chirurgico troppo invasivo in un unico intervento, invece di eseguire un intervento in due tempi
3. Complicanza fatale
p.e.Lesione dell'uretere o della milza, insufficienza anastomotica, trombosi, infezione della ferita, emorragia secondaria

Misure per evitare errori

Gli errori evitabili e vulnerabili di cui al punto 1 della tabella 1 possono essere ridotti al minimo grazie a numerose misure, elencate nella tabella 2. Sono al centro diverse misure che vengono costantemente aggiornate e implementate nella pratica clinica e hanno portato a una significativa riduzione del tasso di errore (Houben et al).

Tab. 2: Misure più frequenti per evitare errori
1) Conferenze M&M dopo il verificarsi di errori
2) "Critical Incidence Reporting System" (CIRS) in caso di quasi incidenti
3) Identificazione dei pazienti tramite braccialetti con il nome
4) Contrassegno del lato da operare
5) Team time-out prima dell'incisione (= lista di controllo con i punti più importanti)
6) Conteggio da parte del personale infermieristico di tamponi, strumenti e altro materiale utilizzato in sala operatoria

Gli errori di cui ai punti 2 e 3 della tabella 1 possono essere ridotti al minimo solo grazie alla massima attenzione da parte dei medici. Pero´, anche con la massima attenzione e il rispetto di tutte le regole imposte, gli errori non sono mai del tutto evitabili.

"E´importantissimo, che il primario sia di buon esempio"

Guido Schumacher

Fenomeno della seconda vittima (SVP)

Mentre quanto descritto finora è largamente noto e viene applicato obbligatoriamente in ogni clinica, a coloro, che commettono errori gravi, viene dedicata poca attenzione.
Un chirurgo bravo e coscienzioso si sente responsabile e coinvolto anche in caso di complicazioni inevitabili. Sa che non tutti gli interventi chirurgici sono uguali e spesso presentano delle insidie.
Le prime domande che si pongono dovrebbero essere quindi: "Ho sbagliato io qualcosa? Cosa avrei potuto evitare? Non sono stato abbastanza attento? Avrei dovuto eseguire una determinata sutura in modo diverso?" …
Solo attraverso la riflessione e l'autocritica siamo in grado di migliorare e ottimizzare il nostro lavoro. Pertanto, gli eventi imprevisti provocano inevitabilmente una reazione psicologica negativa.
Siamo estremamente colpiti quando si tratta di un errore evitabile, causato da una concatenazione di circostanze sfortunate o da un singolo incidente. Possono essere coinvolte più persone o anche una sola.
In casi del genere lo stress psicologico per il medico curante è molto grande. Oltre al danno per il paziente, si aggiungono altri fattori: fattori emotivi, il timore di ulteriori conseguenze, come conseguenze legali, la paura della perdita dell'abilitazione o di una stigmatizzazione pubblica.
In questo articolo desideriamo sottolineare questo stress psicologico e discutere come affrontarlo.

La figura 1 mostra le relazioni tra le diverse vittime, nonché le loro interazioni e gli approcci terapeutici.

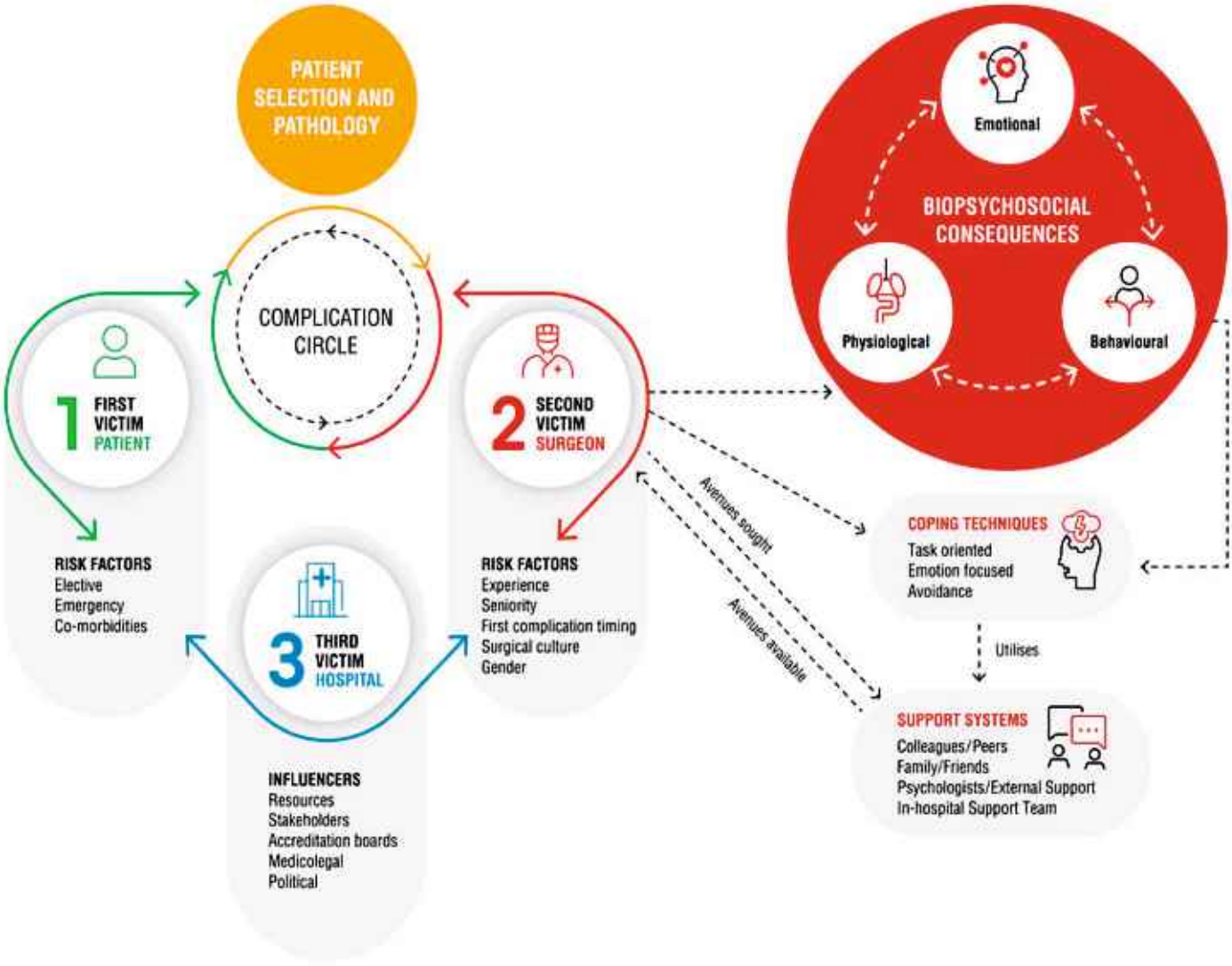


Figura 1: "Second victim" – Le influenze nel ciclo delle complicazioni e lungo i percorsi verso la restituzione [2] (da Siddaiah-Subramanya 2021).

Una meta-analisi mostra i sintomi e gli effetti più comuni in 6629 operatori sanitari (Bryan et al), elencati nella tabella numero 3.

Tab. 3: Effetti dell'SVP (Bryan et al.)

Emotivo	
Paura	56,3%
Senso di colpa	53,8%
Tristezza	48,3%
Fisico/psicosomatico	
Disturbi del sonno	50,5%
Professionale	
Perdita di prestigio e di autostima	35,8%
Sociale	
Perdita di interessi	52,0%
Pressione sulle relazioni sociali	24,5%

Questa situazione è denominata "fenomeno della seconda vittima" (SVP), in cui il medico stesso diventa "vittima". In un altro studio italiano (Sedile et al.), è stato distribuito e evaluato un questionario modificato e convalidato (IT-SVEST) contenente domande simili e distribuito a un gruppo composto per l'80,7% da personale infermieristico e per il 19,3% da medici. Il 57,4% degli intervistati non lavorava in chirurgia.
I sintomi descritti erano simili, ma con una ponderazione diversa. Solo il 23,5% soffriva di sintomi psichici e il 9,9% di sintomi fisici.
Le differenze rispetto alla meta-analisi di Bryan potrebbero essere dovute al collettivo molto eterogeneo. Tuttavia, un altro studio italiano condotto con lo stesso strumento pero´questa volta includendo tutte le professioni sanitarie dell'ospedale di Udine (Moretti et al.) riporta nuovamente una frequenza significativamente più elevata di sintomi, più simile alla meta-analisi diBryan. Ciò che accomuna gli studi è il fatto che in una parte consistente degli operatori sanitari si verificano danni che necessitano di trattamento.

"L'importante è non crollare"

Roger Pycha

Effetti sulle persone coinvolte come seconde vittime nell'assistenza ai pazienti

Nella vita quotidiana, il fenomeno della seconda vittima porta a un peggioramento delle prestazioni delle persone coinvolte, poiché la paura di commettere nuovamente un errore simile rende le decisioni talvolta irrazionali. La conseguenza e´ una medicina decisamente più difensiva con crescente paura decisionale, classificazione precoce di inoperabilità, trasferimento non clinicamente indicato dei pazienti in altre cliniche o diagnostica non necessaria. In linea di principio, si distinguono: conseguenze emotivo-psicologiche, peggioramento delle prestazioni mediche e assenteismo, ovvero giorni di assenza del chirurgo interessato, che deve riprendersi.
Ricordiamo che durante il nostro periodo di formazione siamo stati ripetutamente confrontati con gli scatti d'ira dei nostri superiori, i primari, quando commettevamo presunti errori. In alcuni casi ciò comportava un "divieto di sala" per diverse settimane. Secondo concetti di deontologia e didattica medica moderni, questo approccio non è affatto raccomandabile, poiché grava ancora di più sui medici e porta a un ulteriore deterioramento delle loro prestazioni personali.
Se, ad esempio, un paziente si presenta con sospetta appendicite acuta, la procedura standard, in presenza di determinati sintomi e risultati degli esami, prevede l'appendicectomia. Un medico psicologicamente stressato tenderà ad essere più cauto nella decisione, prescrivendo in alcuni casi esami diagnostici non necessari come una TAC o un'ulteriore ecografia, oppure sottovalutando l'urgenza e ricoverando il paziente in osservazione.
Tutto ciò ritarda il momento giusto per l'intervento chirurgico e le conseguenze per il paziente possono aggravarsi. Oppure un tumore viene classificato come inoperabile, mentre in precedenza. lo stesso chirurgo, ora traumatizzato, lo avrebbe rimosso senza problemi.

Questo comportamento può trasmettersi al team, soprattutto se la persona interessata ricopre una posizione di prestigio all'interno del team o è un superiore. A causa di questa dinamica psicologica, nel team può svilupparsi una cultura della medicina difensiva, che non è favorevole sia per i pazienti, e tantomeno per i costi sanitari. I pazienti vengono operati troppo tardi, la velocità dell'intervento diminuisce, le prestazioni del chirurgo e del team calano. Aumenta la paura delle complicanze e quindi anche quella di eseguire interventi chirurgici più important e complicati. Allo stesso tempo, aumenta la probabilità di complicazioni in un circolo vizioso più o meno pronunciato.

Misure per ridurre gli effetti dell'SVP

Una cultura dell'errore costruttiva può arrestare questi sviluppi o riportarli in una direzione favorevole. La si potrebbe anche definire cultura della comunicazione, poiché comprende la discussione, la valutazione e l'elaborazione di eventi ed esperienze difficili e aiuta a evitare lo stigma del fallimento.
Ciò include i punti riportati nella tabella 4:
Tab. 4: Caratteristiche fondamentali e vantaggi di una cultura della comunicazione aperta:

Base di fiducia:
I dipendenti possono esprimere le loro opinioni senza temere conseguenze negative
Cultura dell'errore e del feedback:
Gli errori vengono utilizzati come opportunità di apprendimento; il feedback costruttivo è la norma
Trasparenza:
Le informazioni circolano liberamente, riducendo al minimo le speculazioni (voci di corridoio)
Innovazione e prestazioni:
Prospettive diverse portano a decisioni migliori, maggiore creatività e prestazioni migliori
Maggiore coesione:
Promuove un clima di squadra positivo in cui si perseguono obiettivi comuni

Esistono dei meccanismi tipici per superare queste situazioni e classiche strategie di coping delle seconde vittime. Ciò che è stato descritto più volte nei casi dei vigili del fuoco, dei soccorritori e dei soldati vale anche in questo caso: parlare aiuta. Ma non è indifferente con chi.
Nel team, il 72,5% cerca il dialogo con i colleghi e il 52,0% con la famiglia e gli amici (Bryan). È di fondamentale importanza che il primario dia il buon esempio. Idealmente, prende le decisioni giuste ed è un modello per il team. Se però commette un errore o si verifica una complicazione, deve affrontarla in modo aperto e trasparente e discutere la dinamica dell'incidente con il team, preferibilmente da diverse prospettive. In questo contesto, è essenziale invitare gli altri membri del team a partecipare, al fine di evitare un monologo da parte del potente.
In questo modo, dimostra che anche lui non è infallibile, il che crea fiducia.

"Non ogni errore ha un colpevole: alcuni sono evitabili, altri no"

Deve sopportare le critiche del team e accoglierle come qualcosa di costruttivo e utile. Gli errori devono essere discussi in team affinché possano nascere processi di apprendimento. Bisogna che tutti sappiano che le complicazioni e gli errori fanno parte del "mestiere". Se un membro del team è chiaramente stressato per un proprio errore, dovrebbe essere aiutato a ripetere la stessa operazione a breve, preferibilmente con un collega più esperto o con il primario.
Il primario o altri collaboratori esperti dovrebbero poter essere chiamati in aiuto quando qualcosa si rivela più difficile del previsto. In chirurgia ciò significa anche che il primario, se necessario, deve essere reperibile, anche di notte, per aiutare il proprio team in situazioni difficili. Tali misure dimostrano non solo il sostegno pratico, ma anche il supporto mentale che gli assistenti ricevono. Nella maggior parte delle cliniche manca un supporto strutturato, quindi deve essere organizzato essenzialmente all'interno del reparto stesso.
A nostro avviso, per alleviare il carico psicologico è essenziale avere colloqui aperti con i colleghi e i superiori sul lavoro. Nell'ambito familiare, che viene utilizzato in oltre il 50% dei casi, è necessario ripristinare l'armonia interiore. Molti ricorrono allo sport come misura terapeutica per ridurre lo stress.
Forme speciali di formazione, come i programmi di sostegno tra pari, in cui le persone colpite possono parlare con altri colleghi esperti, o la formazione sulla resilienza possono essere molto utili ed efficaci e dovrebbero essere prese in considerazione nei singoli casi.
Se la seconda vittima si sente sempre più tesa, nervosa e irrequieta per diverse settimane, inizia ad evitare il luogo dell'evento assentandosi dal lavoro e ha immagini ricorrenti dell'evento, i cosiddetti flashback, si parla di disturbo da stress post-traumatico. A questo punto e indicata una terapia psicoterapeutica o, se questa non risulta sufficiente, anche un trattamento psichiatrico con farmaci antidepressivi che riducono il livello di ansia e tensione.

La gestione della qualità, della sicurezza e dei rischi, per quanto burocratica possa sembrare a volte, è una misura preventiva che aumenta direttamente la sicurezza dei pazienti e il benessere degli operatori sanitari.
In senso psicologico, il benessere, nonostante le ripetute situazioni di stress, è strettamente legato a una capacità che il filosofo Nassim Nicholas Taleb ha definito "antifragilità": si tratta di non crollare. Il concetto di resilienza va ancora oltre. È la capacità di crescere nelle crisi o di imparare dagli errori in modo da poter affrontare sempre meglio le situazioni difficili future.
Aaron Antonovsky ha studiato a questo proposito il destino delle donne sopravvissute ai campi di concentramento. Ha scoperto che il 29% di loro è tornato a una vita normale senza particolari aiuti e ha analizzato i fattori che le hanno aiutate in questo senso, ovvero che hanno sostenuto la loro resilienza. Ha individuato tre processi universalmente validi che si applicano a qualsiasi situazione critica, anche per le seconde o terze vittime (ovvero le organizzazioni in cui si verificano errori terapeutici, nel nostro caso gli ospedali):
occorre aumentare la comprensibilità, la influenzabilità e la significatività della situazione difficile. Quanto più riesco a comprendere (e quindi anche a limitare) un danno causato, quanto più posso intervenire immediatamente o in un secondo momento e quanto più valore ha in linea di principio il percorso doloroso, tanto più facile sarà evitare o ridurre i fenomeni di seconda vittima.

ENPAM: i vantaggi della Quota A

Ogni volta che si scrive di ENPAM il pensiero corre subito alla pensione, per questo motivo i colleghi giovani o di mezza età non leggono perché pensano di non essere interessati.
Questo è un grande errore perché l'ENPAM offre molti servizi dedicati soprattutto ai giovani e a chi lavora, anche se lontano dall'età pensionistica.
La quota A rappresenta il contributo obbligatorio di base che tutti gli iscritti, sia medici che odontoiatri, sia ospedalieri che liberi professionisti, devono versare. Con l'iscrizione all'Ordine, a partire dal mese successivo all' iscrizione e fino al raggiungimento dell'età pensionabile (attualmente 68 anni) o fino alla cancellazione dall'Ordine stesso, ai sensi del Decreto Legge n. 21 del 13 settembre 1946, n. 238, si è soggetti all'obbligo di iscrizione all'ente previdenziale ENPAM, indipendentemente dal fatto che si eserciti l'attività medica e dalla forma contrattuale con cui la si eserciti.
In questo articolo farò una carrellata necessariamente sintetica per motivi di spazio, se vi serve un approfondimento chiedete un colloquio con la Sig.ra Alexandra Auerbach, la nostra esperta di ENPAM, inviando una mail a info@ordinemedici.bz.it , indicando l'argomento che vi interessa.

STUDENTI DEL 5° e 6° anno

Sapevate che gli studenti e studentesse del 5° e 6° anno di medicina e odontoiatria possono già iscriversi all'ENPAM ? Una quota di soli 145,81 € all'anno (importo del 2025) consente loro di godere di tutti i vantaggi della quota A e soprattutto di avere già, appena laureati, una anzianità di 2 anni, come se li avessero già riscattati. Se vorranno fare il riscatto degli anni di laurea, in futuro, dovranno farlo solo per 4 anni e non per 6, risparmiando così dei notevoli importi. Potrebbe essere un bel regalo da fare a vostro figlio o figlia….

MUTUI AGEVOLATI

SI possono avere fino a 300.000 euro a tasso fisso per acquistare la prima casa o lo studio professionale, I mutui sono studiati per medici o odontoiatri fino a 40 anni. Ci sono condizioni di accesso agevolato molto interessanti anche per chi ha un reddito modesto.

ENPAM
PREVIDENZA · ASSISTENZA · SICUREZZA

MATERNITA'

Le dottoresse che non hanno altre tutele possono ricevere un assegno di maternità di almeno 5.961,60 € (importi del 2025), lo ricevono anche le studentesse del 5° e 6° anno iscritte all'ENPAM.

SUSSIDIO "BONUS BEBE' "

Per agevolare la fruizione di servizi di baby-sitting e della rete pubblica o privata accreditata dei servizi per l'infanzia, entro i primi dodici mesi di vita del bambino o di ingresso del minore in famiglia si può ricevere un sussidio pari a € 2.000 sia per le mamme che per i papà. Se entrambi medici = 4.000.

PRESTITO D'ONORE

Se sei un giovane iscritto puoi ottenere un prestito d'onore ENPAM per completare gli studi universitari o per coprire le spese della formazione postlaurea ma anche per aprire il primo studio professionale.
Il finanziamento va da un minimo di € 3.000 a un massimo di € 120.000, in base allo scopo per cui viene richiesto. L'Enpam coprirà le spese iniziali di istruttoria delle banche e gli interessi passivi.
Il prestito d'onore Enpam viene concesso in convenzione con le banche che sono risultate vincitrici della procedura aperta per l'affidamento dei servizi bancari (Banca popolare di Sondrio e Banco Bpm).
Attenzione: puoi ottenere il prestito d'onore solo una volta.

CALAMITÀ NATURALI

Per l'anno 2025 è pari ad una prestazione di € 20.760,00 a fondo perduto per i danni alla prima abitazione o allo studio professionale, o ai beni mobili come ad esempio automobile, computer o attrezzature di studio, oltre al pagamento degli oneri per interessi sui mutui edilizi per la prima casa o lo studio professionale danneggiati, sino al concorso massimo di € 11.071,91 e per un periodo non superiore a 5 anni.

LTC (Long Term Care)

Si tratta di un'assicurazione per il rischio di non autosufficienza, già compresa nella quota A. In caso di non autosufficienza, viene erogato un assegno esentasse di 1.350 euro al mese, per tutta la vita.

INABILITA' ALLA PROFESSIONE

In caso di inabilità assoluta e permanente alla professione, certificata secondo la procedura prevista dalle norme vigenti, si può contare su una tutela di 18.150 € (importo del 2025) senza minimi di anzianità contributiva.

SUSSIDI E PRESTAZIONI STRAORDINARIE

Si tratta di aiuti economici a colleghi in situazione economiche difficili, si può ricevere un sussidio fino a 9.687 € l'anno (importo 2025). Il sussidio può essere erogato per interventi chirurgici, cure non a carico del SSN, assistenza agli anziani, non autosufficienti, portatori di handicap, spese sostenute dalla famiglia per la malattia o il decesso del collega, eventi imprevisti.

REVERSIBILITÀ

La pensione Enpam è reversibile ai familiari che ne hanno diritto, con percentuali maggiori rispetto al sistema Inps.

CONVENZIONI VARIE

La quota A, inoltre, consente di accedere alle numerose convenzioni che l'ENPAM ha concordato con vari enti: ci sono sconti per acquisto di alcune marche di auto, sconti per agenzie di viaggio, hotel e catene alberghiere, noleggio auto, carburanti, parcheggi, parchi di divertimento e tanto altro. Per vedere tutte le convenzioni dovete andare sul sito dell'ENPAM (www.enpam.it). Se osservate bene, a destra ci sono tante paroline scritte in colore azzurro. Cliccate su "convenzioni", vi si aprirà un mondo.

NOVITA': POSTI RISERVATI AI FIGLI DI MEDICI E ODONTOIATRI NELLO STUDENTATO OLIMPICO DI MILANO

Una parte dei 1.700 posti letto del Villaggio Olimpico, costruito a Milano per ospitare gli atleti partecipanti ai giochi invernali, sarà riservata ai figli di medici e odontoiatri e agli universitari del 5° e 6° anno già iscritti all'Enpam.
Al termine dei Giochi Olimpici e Paralimpici Invernali Milano-Cortina 2026, infatti, il Villaggio Olimpico è destinato ad essere riconvertito in un moderno studentato che accoglierà gli studenti iscritti a un'università milanese, in qualunque facoltà, a partire dal prossimo anno accademico.
Il diritto di prelazione su almeno 85 posti dello studentato Villaggio Olimpico potrà essere esercitato tanto dai figli dei medici e degli odontoiatri iscritti Enpam, che dagli universitari di medicina e odontoiatra del 5° e 6° anno che si sono iscritti al loro ente di previdenza.
Se avete figli iscritti in una qualunque università di Milano, o che stanno per iscriversi, dovete fare domanda ENTRO IL 30 APRILE 2026, per l'anno accademico 2026-27.
Trovate tutti dettagli sul sito ENPAM (convenzioni/varie/villaggio COIMA), compreso il modulo per la domanda e tutte le informazioni, oppure scrivete una mail all'Ordine.

In conclusione

La quota A dell'ENPAM non è soltanto un obbligo contributivo, ma rappresenta una vera e propria garanzia di tutela e assistenza per tutta la carriera dei medici e odontoiatri. Questo significa proteggere il proprio futuro e quello dei propri familiari, affidandosi a un sistema previdenziale solido e dedicato alla professione.

Salvatore Rampulla

Pubblicità Sanitaria – Cosa è consentito e cosa no
Una panoramica per medici e odontoiatri in Alto Adige

La comunicazione dei servizi medici si trova sempre più in equilibrio tra trasparenza, informazione del paziente e limiti deontologici. Negli ultimi anni il legislatore ha cercato di definire chiaramente la pubblicità sanitaria, con l'obiettivo di consentire un'informazione corretta senza sconfinare nella promozione commerciale. Questo articolo offre una panoramica strutturata delle basi legali e dei consigli pratici in Italia.

Cos'è la pubblicità sanitaria?

Per pubblicità sanitaria si intende qualsiasi forma di comunicazione pubblica riguardante prestazioni, qualifiche o strutture, idonea ad informare i pazienti sulle attività sanitarie che vengono svolte. È consentita, ma solo se serve a fornire un'informazione corretta, completa e obiettiva. I margini sono però stretti e le violazioni possono comportare conseguenze disciplinari.

Basi giuridiche

Il riferimento normativo centrale è l'art. 1, comma 525 della legge n. 145/2018, modificato dalla legge n. 103 del 10 agosto 2023.
La normativa consente ai professionisti sanitari e alle strutture, in qualsiasi forma giuridica, di comunicare pubblicamente la propria attività – purché nel rispetto dei limiti informativi oggettivi.

Sono ammesse solo informazioni "funzionali e idonee a garantire una corretta informazione sanitaria".
Sono invece vietati:

- contenuti suggestivi, attrattivi o promozionali, come "la clinica migliore", "offerta imperdibile" ecc.

- sconti, promozioni, offerte speciali

- utilizzo di marchi commerciali che possano creare confusione con raccomandazioni mediche

Principi deontologici

Anche il Codice di Deontologia Medica disciplina chiaramente la pubblicità agli artt. 57, 65 e 69.
In particolare:

- Vietati contenuti a carattere commerciale o riferiti a terzi

- Vietata la pubblicità di dispositivi su misura

- Obbligo di indicare il direttore sanitario

- È ammesso un solo direttore sanitario per struttura

- Obbligo di notifica all'Ordine competente territorialmente in caso di esercizio fuori provincia

Controllo facoltativo da parte della Commissione Pubblicità.

Uno strumento poco noto ma molto utile è la possibilità di sottoporre gratuitamente i contenuti pubblicitari alla Commissione Pubblicità dell'Ordine. Non è obbligatorio, ma garantisce sicurezza giuridica e previene violazioni inconsapevoli.

Esempi di pubblicità vietata

1. Uno studio dentistico pubblicizza: "Sorriso da star a metà prezzo – solo per questa settimana!" – Questa frase è vietata: contiene un'offerta economica, è suggestiva, attrattiva e promette risultati esagerati.

2. Una clinica scrive: "La terapia del dolore più moderna d'Italia – solo da noi!" – Frase vietata per l'uso di un superlativo non verificabile e per il carattere esclusivo.

Sanzioni in caso di violazione

La violazione delle regole può portare a sanzioni disciplinari da parte dell'Ordine – fino alla sospensione. In alcuni casi, possono esserci anche conseguenze civili o penali, specie se la pubblicità risulta fuorviante o pericolosa per la salute.

Conclusioni e raccomandazioni

La pubblicità medica è consentita – ma a determinate condizioni. Ogni medico o odontoiatra dovrebbe rispettare questi principi:

- Comunicare solo informazioni oggettive e verificabili

- Evitare promesse, sconti o marchi commerciali

- Indicare sempre il direttore sanitario

- In caso di dubbio: chiedere una verifica preventiva alla Commissione

Queste regole tutelano i pazienti, ma soprattutto la professione. Una comunicazione trasparente e professionale genera fiducia – ed è la miglior pubblicità che un medico possa desiderare.

Bernhard Rainer

Il progetto “Odontoiatria” per la prevenzione delle neoplasie della testa e del collo

Il 2 Marzo 2026 alle ore 11.00 si è svolta la conferenza stampa presso il Polo Universitario delle Professioni sanitarie “Claudiana” a Bolzano organizzata dalla Ripartizione Comunicazione dell’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige.
Il 7 Marzo 2026 dalle ore 9.00 alle ore 13.00 si è svolto presso l’Ospedale di Bolzano il primo corso di accreditamento alla rete del progetto piattaforma di prevenzione neoplasie cervico-facciali per Odontoiatri, Medici di Medicina Generale e Otorinolaringoiatri, organizzato dalla Commissione Albo Odontoiatri dell’Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Bolzano.
Siamo pronti a dare avvio al progetto di prevenzione delle neoplasie del distretto cervico-facciale grazie all’introduzione di una piattaforma web innovativa. Questa piattaforma si propone come uno strumento di interazione efficace tra gli operatori sanitari del territorio, sia nel settore pubblico che nel privato e le strutture ospedaliere dell’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige.

La piattaforma, denominata ORL-Web, nasce da un’iniziativa dell’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige con l’Associazione odontoiatrica (ANDI) e la Commissione Albo Odontoiatri dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bolzano.
Le neoplasie del distretto testa e collo rappresentano un’emergenza in Alto Adige, con tassi di incidenza significativamente superiori alla media nazionale. Inoltre, la diagnosi avviene in fase tardiva in circa il 70% dei casi, rendendo indispensabile l’attivazione di percorsi di prevenzione e diagnosi precoce.
Attraverso ORL-Web sarà possibile instaurare un canale diretto di teleconsulto tra l’Odontoiatra e lo specialista ospedaliero di secondo livello. Ciò consentirà una significativa accelerazione della diagnosi e, al contempo, favorirà una formazione continua dei professionisti, sia attraverso attività pratiche e consultazioni approfondite nella discussione dei casi clinici sia mediante giornate di formazione appositamente dedicate.

I promotori del progetto ORL-Web durante la presentazione ufficiale
da sinistra: Guido Singer, Luca Calabrese, Hubert Messner, Christian Kofler e Dagmar Regele

I Medici del territorio svolgeranno un ruolo centrale. La maggiore attenzione ai fattori di rischio esistenti, sviluppata grazie alla formazione e le competenze acquisite porteranno ad un'assistenza ai pazienti di qualità superiore.
I Medici di Medicina Generale e gli Odontoiatri liberi professionisti diventeranno promotori attivi della prevenzione, fungendo da veri e propri "paladini" della salute: il primo anello di una rete che funge da nodo di sguardi clinici su più livelli.
Questa iniziativa di stretta collaborazione tra il Servizio Sanitario pubblico e i Medici liberi professionisti rappresenta un progetto innovativo che, attraverso il portale di telemedicina, faciliterà la comunicazione e accelererà in modo significativo l'accesso dei pazienti alle terapie necessarie.

I pazienti potranno beneficiare di un accesso facilitato al secondo livello di assistenza, poiché una diagnosi precoce può evitare terapie invasive. Nelle fasi della convalescenza postoperatoria si cercherà inoltre di "portare l'ospedale a casa del paziente", al fine di favorire la continuità assistenziale.
L'Azienda Sanitaria trarrà vantaggio dalla riduzione delle liste di attesa e dal contenimento degli accessi impropri al pronto soccorso, ottimizzando così le risorse disponibili e migliorando l'efficienza dei servizi offerti.
Questo progetto rappresenta un modello pilota di eccellenza nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, in quanto connette efficacemente la sanità pubblica con il mondo privato territoriale.
Tale approccio virtuoso potrà essere esteso in futuro anche ad altri ambiti della specialistica medica, favorendo un'integrazione sempre più profonda e strutturata tra i diversi livelli dell'assistenza sanitaria.

da sinistra: Guido Singer, Luca Calabrese

Storia dell'Ordine dei Medici della Provincia di Bolzano

Nel 2010 gli Ordini dei Medici italiani hanno celebrato il "Centenario" della fondazione degli "Ordini dei Medici" secondo la legge regia del1910. In quell'occasione tra di noi nacque l'idea di riflettere sulla storia della nostra rappresentanza professionale, poiché fino al 1919, come parte dell'Austria, avevamo seguito uno sviluppo diverso. Si è potuto coinvolgere i colleghi Günther Zierhöld e Helmuth Amor, che attraverso uno studio approfondito del nostro archivio, la lettura di antichi registri dei verbali e documenti, nonché ricerche in altri archivi, ci hanno offerto un quadro molto vivido della storia della medicina e, con essa, della rappresentanza professionale nel nostro territorio. Ne è nato un volume molto ben curato, che il nostro Ordine ha potuto presentare e pubblicare nel 2013. Vorrei invitare le lettrici e i lettori a sfogliare il libro oppure a consultarlo online; è disponibile in entrambe le lingue.
In questo articolo desidero riprendere alcuni momenti interessanti della storia della nostra rappresentanza professionale sulla base del testo del libro, per suscitare interesse.

Etimologia della denominazione: Dottore in Medicina e Chirurgia — Dr univ. med. -.universae medicnae -?

Fino al 1871 da noi esistevano barbieri-chirurghi, formati come artigiani e non a livello universitario; erano guaritori attivi in ambito chirurgico che, dopo tre anni di apprendistato e quattro anni di pratica itinerante, sostenevano il peso principale dell'assistenza medica alla popolazione, a differenza del medico accademico con un ricco sapere teorico, accessibile soprattutto ai ceti sociali più elevati. Dal 1872 i due percorsi formativi furono unificati e divennero apprendibili solo nelle università. Ciò è ancora espresso nel titolo accademico ("Dottore in Medicina e Chirurgia" ovvero "Dottore dell'intera arte medica"), così come nel nome degli Ordini italiani dei medici-chirurghi.

1893 Ordine in Tirolo, 1919–1922 Ordine Medici del Deutsch-Südtirol

Nel 1891 l'Austria-Ungheria emanò una legge per l'istituzione degli Ordini dei Medici, quale rappresentanza professionale regolamentata per legge con iscrizione obbligatoria. In Tirolo la prima elezione dell'Ordine si svolse nel 1893. Fino al 1919 due dei sette membri provenivano dall'Alto Adige; successivamente a Bolzano fu fondato un proprio Ordine dei Medici del Deutsch-Südtirol, che nelle questioni professionali si ispirava all'Ordine tirolese. Tuttavia fu sciolto già nel 1922. Bolzano fu aggregata all'Ordine dei Medici della Venezia Tridentina, con sede a Trento.

(Fig.3 p.19 Storia dell'Ordine dei Medici)

Opzione di cittadinanza 1921

Chi non era originario dell'Alto Adige o non aveva diritto di cittadinanza in un comune doveva lasciare il territorio, salvo optare per la permanenza e richiedere la cittadinanza italiana. Tuttavia, in molti casi questa non fu concessa. Nel 1922 il nostro Ordine si rivolse al Generalvizekommissariat chiedendo che a tutti i medici ai quali era stata negata la cittadinanza fosse consentito ancora un anno di esercizio professionale, affinché potessero cercare un nuovo incarico all'estero. Molti medici dovettero allora lasciare il Paese.

Scioglimento di tutti gli Ordini dei Medici italiani nel 1935 – Sindacato Fascista dei Medici della Provincia di Bolzano

Fino a quel momento tutti i medici del servizio pubblico erano rappresentati nell'Ordine dei Medici, mentre i liberi professionisti avevano la loro rappresentanza nell'Associazione Medici Condotti. Nel 1935 entrambe le rappresentanze furono sciolte e fu istituito un Sindacato Fascista dei Medici con la gestione degli elenchi dei membri — Albi professionali.

(Fig.9 p.57 Storia dell'Ordine dei Medici)

Rifondazione dell'Ordine dei Medici dopo il 1946 – Comitato d'intesa

Con la legge statale n. 233 del 13.09.1946 furono reintrodotti in Italia gli ordini professionali nel settore sanitario, il che nel 1950 portò alla costituzione degli Ordini provinciali dei medici, dunque anche del nostro Ordine. Contemporaneamente esistevano diversi sindacati medici che conducevano trattative contrattuali. Nel 1963, su lodevole iniziativa della nostra rappresentanza professionale, si giunse alla costituzione di un "Comitato di Intesa", una collaborazione vincolante tra Ordine e sindacati medici.

Gentlemen's Agreement

Come segno del nuovo inizio dopo l'era fascista, già nel 1955 si concordò che la presidenza, con mandato triennale, alternasse tra il gruppo linguistico tedesco e quello italiano, a quanto mi consta anche tra libero professionista e medico ospedaliero. Questa alternanza è stata rispettata senza interruzioni fino ad oggi.

Ordine dei Medici e degli Odontoiatri

Nel 1985 la professione di odontoiatra fu definita per legge. Ogni Ordine gestisce un proprio albo professionale separato per medici e odontoiatri. Dal 1986 la nostra rappresentanza professionale si chiama quindi correttamente "Ordine dei Medici e degli Odontoiatri" (OMCeO), amministrato da 17 membri del consiglio direttivo eletti. La Commissione degli odontoiatri elegge un proprio consiglio di cinque membri; i due membri più votati integrano i 15 membri eletti dei medici nel consiglio dell'Ordine.

Commissione di conciliazione in materia di responsabilità medica

Per lungo tempo gli Ordini dei Medici sono stati il punto di riferimento per i reclami dei cittadini riguardanti errori terapeutici o comportamenti scorretti. Grazie alla collaborazione tra Difensore civico, Assessorato alla sanità e il nostro Ordine dei Medici, nel 2007 è stato possibile istituire in Italia il primo organismo indipendente e gratuito di conciliazione per la risoluzione extragiudiziale delle controversie in ambito sanitario.

Formazione specialistica secondo il modello austriaco

Dal 1988 il nostro Ordine , in stretta collaborazione con l'Ordine dei Medici del Tirolo, è stato un punto di riferimento per i numerosi giovani medici che svolgevano parti della loro formazione specialistica austriaca nei reparti specialistici degli ospedali altoatesini e sostenevano l'esame di specializzazione a Vienna. Nel 2013 il Ministero della Salute italiano ha rifiutato il riconoscimento dei diplomi di specializzazione austriaci nei quali parti della formazione erano state svolte in Alto Adige.

ECM – Accordi bilaterali per il riconoscimento dei crediti formativi

La normativa italiana sull'obbligo di formazione continua prevede che i crediti formativi acquisiti all'estero siano riconosciuti solo al 50%, salvo la presenza di accordi bilaterali. Poiché molti colleghi svolgono la propria formazione al di fuori dell'Italia, nel 2014 la nostra rappresentanza professionale ha potuto concludere accordi bilaterali con gli Ordini amici di Austria, Svizzera e con diversi Ordini regionali dei medici tedeschi, ottenendo un riconoscimento 1:1 dei crediti CME acquisiti.

Nuova sede dell'Ordine dei Medici

Fino al 2008, per decenni, la sede del nostro Ordine si trovava in affitto oneroso in via Cassa di Risparmio a Bolzano. L'ampia attività dell'Ordine richiedeva più spazio e una suddivisione funzionale. Nel 2006 fu presa la decisione di acquistare nuovi spazi nel nuovo edificio Manus in via Volta, di proprietà degli artigiani (!), finanziati con risparmi accumulati e un prestito ENPAM. L'allestimento fu realizzato secondo progetti propri. Nell'autunno 2009 il vescovo Golser inaugurò i nuovi locali luminosi e accoglienti in occasione della nostra Giornata del Medico.

La rilettura della storia della nostra rappresentanza professionale ha suscitato in me un sentimento di gratitudine verso molti dei nostri predecessori, che con grande amore per la professione hanno dedicato tempo ed energie per difendere il prestigio, l'autonomia e l'autogoverno della nostra categoria. Auspico che anche tutti coloro che leggeranno queste pagine possano provare lo stesso sentimento.

Andreas von Lutterotti

Brunner Christine

Early detection of medication-related osteonecrosis of the jaw (MRONJ) in patients with metastatic breast cancer using FDG-PET/CT scans	Miriam Emmelheinz,….. Christine Brunner	am 05.02.2025 der Brigitta-Zollner-Preis
Incidence of Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw in Patients With Breast Cancer During a 20-Year Follow-Up: A Population-Based Multicenter Retrospective Study	Christine Brunner, ……. Johannes Laimer	2024 im Journal of Clinical Oncology
Habilitation im Fach Gynäkologie und Geburtshilfe im Bereich des Nebenwirkungsmanagements beim Mammakarzinom am 12.03.2026 an der Medizinischen Universität Innsbruck		

Daves Massimo

Effects of different blood storage conditions on Leukocytes Cell population Data (CPD) using the Sysmex XN haematological analyser	Roccaforte V, Panella R, Daves M et al.	rivista internazionale Journal of Laboratory and Precision Medicine - Biochemia Medica 2026 aop
Evaluation of delayed whole blood centrifugation on homocysteine stability	Danesi GS, … Daves M, …… Pastori S.	La Rivista Italiana della Medicina di Laboratorio-Italian Journal of Laboratory Medicine 2026 aop
The urine examination: a modern technological test with a very ancient history	Daves M, Jani E, Panella R, Pastori S, Roccaforte V.	Advances in Laboratory Medicine 2026; 7(1): 10–15
The use of the hemolysis index as an indirect indicator of whole blood sample quality	Pastori S, ….. Daves M.	1. Diagnosis 2026; 1:100-105
Impatto della pandemia COVID-19 sull'esecuzione del prelievo venoso. Analisi conoscitiva del GdS Variabilità Extra-Analitica (QuEA).	Porcelli B, ….. Daves M, Terzuoli L.	La Rivista Italiana della Medicina di Laboratorio- Italian Journal of Laboratory Medicine 2025; 21(3):239-47
The potential role of leukocytes cell population data (CPD) for diagnosing sepsis in adult patients admitted to the intensive care unit	Roccaforte V, … Daves M, et al.	Clin Chem Lab Med 2025;63(5):1031-1042
Implementation of new Westgard rules suggested by the Westgard Advisor software for five immunometric parameters	Cristelli L, …… Daves M.	Biochemia Medica 2025;35(1):010701

Dejaco Christian

Clinical Practice - Polymyalgia Rheumatica	Christian Dejaco, et al	N Engl J Med. 2026 Mar 12, 394(11):1097-1109

Eisendle Klaus

Posterpreis der Öst Ges. Dermatologie und Venereologie 2025	vedi allegato	

Ernennung zum Hospitationszentrum der Deutschen Gesellschaft für Dermatochirurgie DGDC (Dermatologie Bozen)	vedi allegato	
Structured Fresh Apple Consumption for Birch Pollen Food Allergy Syndrome in an Uncontrolled Phase II/III Trial	Mueller B, …..Eisendle K.	J Allergy Clin Immunol Pract. 2025 Oct;13(10):2777-2786.e3. (PREISGEKRÖNTE ARBEIT)
New and re-emerging viral outbreaks	Eisendle K, et al.	J Eur Acad Dermatol Venereol. 2026 Feb;40(2):e130-e131
Sleep Quality and Patient Activation in Chronic Disease: A Cross-Sectional Mediation Analysis	Wiedermann CJ, …. Eisendle K, …..Ausserhofer D.	Clocks Sleep. 2025 Aug 22;7(3):44
Health Literacy Gaps Across Language Groups: A Population-Based Assessment in Alto Adige/South Tyrol, Italy	Ausserhofer D, ….. Eisendle K, …… Wiedermann CJ.	Eur J Investig Health Psychol Educ. 2025 Aug 9;15(8):153. d
Segmenting Preventive Health Behavior: Gender Disparities and Psychosocial Predictors in a Culturally Diverse Italian Region	Ausserhofer D, …… Eisendle K, …. Wiedermann CJ	Eur J Investig Health Psychol Educ. 2025 Jul 31;15(8):148
Preventive Health Behavior and Readiness for Self- Management in a Multilingual Adult Population: A Representative Study from Northern Italy	Ausserhofer D, …… Eisendle K, …., Engl A.	Nurs Rep. 2025 Jul 1;15(7):240
Health Information Mistrust Is Directly Associated with Poor Sleep Quality: Evidence from a Population-Based Study	Ausserhofer D, ….. Eisendle K, ….., Engl A.	Healthcare (Basel). 2025 Jun 10;13(12):1385
Primary and Emergency Care Use: The Roles of Health Literacy, Patient Activation, and Sleep Quality in a Latent Profile Analysis	Ausserhofer D, ….. T, Eisendle K, … Wiedermann CJ.	Behav Sci (Basel). 2025 May 24;15(6):724
Filtering for skin cancer diagnosis	Kofler L, Eisendle K.	J Eur Acad Dermatol Venereol. 2025 Jul;39(7):1218-1219
Dermatologic diseases of the breast, areola and nipple	Deluca J, …. Eisendle K.	J Dtsch Dermatol Ges. 2025 May;23(5):621-641
Going skin deep	Eisendle K, Kofler L.	J Eur Acad Dermatol Venereol. 2025 Jan;39(1):13-14
Health Information Use and Trust: The Role of Health Literacy and Patient Activation in a Multilingual European Region	Wiedermann CJ, ….. Eisendle K, ……, Ausserhofer D.	Int J Environ Res Public Health. 2025 Apr 5;22(4):570
Treatment strategies with electrochemotherapy for limb in-transit melanoma: Real-world outcomes from a European, retrospective, cohort study	Campana LG, …. Eisendle K, … Valpione S	Eur J Surg Oncol. 2025 Aug;51(8):108740

Gatscher Moritz

Dissertation „Ethische Fragen in der Berg- und Höhenmedizin: eine qualitative sozialempirische Studie“	Promotion mit „magna cum laude“ an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München	https://edoc.ub.uni-muenchen.de/35299/

Huber Felix

GFFC Expertenzertifizierung (erhalten Ende 2025)	Zertifikat anbei	
TÜV-Zertifizierung	Zertifikat anbei	

Lorenzon Antonio

Effect of Climate Change on West Nile Virus Transmission in Italy: A Systematic Review	Antonio Lorenzon, et al.	SYSTEMATIC REVIEW - Public Health Rev., 25 April 2025 - Volume 46 - 2025 https://doi.org/10.3389/phrs.2025.1607444
Italian Hygiene and Preventive Medicine Medical Doctor Residents' interest in a Preventive Medicine Physician: a national survey	Gerardo Altamura, Antonio Lorenzon, et al.	JPMH, Vol. 66 No. 1 (2025), Health Promotion https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2025.66.1.3211
The role of specific nutrients in preventing immune system and blood cell disorders: an umbrella review	Andrea Vecchietti, ….. Antonio Lorenzon	JPMH, Vol. 66 No. 4 (2025) https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2025.66.4.3636
Nutrients and food supplements for the prevention of musculoskeletal disorders: an umbrella review	T Urbano, …..A Lorenzon	European Journal of Public Health, Volume 35, Issue Supplement_4, October 2025 https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf161.1389
An Umbrella Review on the Prevention of Skin Diseases: Do Specific Nutrients Play a Protective Role?	Giuseppa Granvillano, ….., Antonio Lorenzon	PNF-Preventive Nutrition and Food Science 2026; 31(1):pnf.2025.220, Published February 28, 2026 https://doi.org/10.3746/pnf.2025.220

Schumacher Guido

Förderung der Motivation in der Ausbildung zum Chirurgen	Guido Schumacher, Astrid Marsoner	Passion Chirurgie 12/ IV/ 2025. 74-78
Case report of an inverted Appendicitis mimicking colon cancer	Magni B.G….. Schumacher G.	JMAS 2025, Im Druck
Case report of an emergency involving four intra-abdominal pathologies	Vittori A…… Schumacher G.	JMAS Im Druck
Unusual case of an ectopic preuterine spleen	Schumacher G., ….. Prader S.	JMAS Im Druck
Fehlerkultur in der Chirurgie und Second Victim Phänomen	Schumacher G., Pycha R.	Passion Chirurgie, Im Druck
Entzündliche Erkrankungen der Speiseröhre	Koop H, Schumacher G	In: von J.F. Erckenbrecht und Sven Jonas. Viszeralmedizin: Interdisziplinäres Facharztwissen Gastroenterologie und Viszeralchirurgie. 2. Auflage, Springerverlag. 2026

Walder Gernot

Decoding the transcriptome from bulk RNA of infection-naïve versus imprinted patients with SARS-CoV-2 Omicron B.1.1.529	Sonnleitner ST, ….. Walder G.	Microbiol Spectr. 2025 Aug 5;13(8):e0291424

Wermter Burkhard

Buchartikel “Kindernotfälle in Praxismanual der pädiatrischen Grundversorgung”	Mein Kapitel ist komplett frei, da es vom Verlag als Werbeträger benutzt wird	https://shop.elsevier.de/media/wysiwyg/PDF/DE/9783437211546_Fegeler_Praxishandbuch_Paed_Grundversorgung_1.pdf

Lo/la ricordiamo con gratitudine e silenzioso rispetto.

NOME	COGNOME	ATTIVITÀ	DECEDUTO/A IL
VALERIO	BERNARDI	Medico specialista libero professionista in ginecologia e ostetricia	23/9/2025
ERICO FERDINANDO	CLARA	Medico ospedaliero, specializzato in medicina interna	13/12/2025
MORITZ JOSEF	CLARA	Iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri – Medico specialista libero professionista in chirurgia maxillo-facciale	15/2/2026
GIOVANNI	CONTINI	Medico libero professionista – consulente tecnico d'ufficio specializzato in chirurgia	17/2/2026
CLAUDIO	ESPOSITO	In pensione – Medico ospedaliero in cardiologia e specializzato in medicina legale e medicina assicurativa	5/1/2026
WERNER	FUNDNEIDER	Medico libero professionista per omeopatia	17/10/2025
LINO	GENTILI	Medico ospedaliero, specializzato in pediatria	12/7/2025
OSWALD	HABERER	Medico di medicina generale e medico igienista distrettuale – specializzato in ortopedia e traumatologia	18/2/2026
ALBERT	HOPFGARTNER	Medico di medicina generale e medico igienista distrettuale	9/1/2026
ANTONINO	LAMBROSA	Iscritto all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri – Medico specialista libero professionista in odontostomatologia (medicina dentale e orale)	14/1/2026
TIBERIO	MADER	Medico – specialista libero professionista in odontoiatria e protesi dentaria	29/12/2025
PAULA	MAIR	Medico di medicina generale	22/12/2025
DIETLINDE	MUMELTER	Medico specialista libero professionista in malattie del sistema cardiovascolare	19/1/2026

NOME	COGNOME	ATTIVITÀ	DECEDUTO/A IL
VOLKER	SCHWARZIN	Medico specialista libero professionista in odontoiatria e stomatologia	02/05/2025
KLAUS JOSEF MATHIAS	SCHWIENBACHER	Medico di medicina generale	04/01/2026
EWALD	UNTERHUBER	Medico specialista libero professionista in malattie del sistema cardiovascolare	14/11/2025
RODOLFO	UNTERTHINER	Chirurgia plastica	31/03/2025
KARL	WIEDENHOFER	Medico specialista libero professionista in odontoiatria e stomatologia	07/02/2026

NOME	COGNOME	DATA DI ISCRIZIONE
VERA	RIER	18/2/2026
SORIN	UNGUREANU	18/2/2026
ANNE MARIE	ZIMMER	18/2/2026
MARIA LUISA	BONINCONTRO	4/2/2026
FABIO	CARAMAZZA	4/2/2026
JUAN FRANCISCO	DELGADO AGUIRRE	4/2/2026
VERENA	KLOTZNER	4/2/2026
JOHANNA EVA	MÜLLER	4/2/2026
SERENA	PELLECCHIA	4/2/2026
LEONARDO JAVIER	PONCE	4/2/2026
ANNA	PRAMSTRALLER	4/2/2026
OLIVIA	AUGSCHÖLL	7/1/2026
MELISA	BAKIASI	7/1/2026
MARIA	CONTE	7/1/2026
MARCO	FORTI	7/1/2026
ANNA	SILBERNAGL	7/1/2026
MIREIA	VICENTE MORA	7/1/2026
AGATA ANNA	WYKROTA	7/1/2026
MARCO	BERARDI	3/12/2025
CATALINA DOINA	CRISTOFOR	3/12/2025
MARIA ROSA	DASSATTI	3/12/2025
ANTONINA	FELLI	3/12/2025
TUDOR-MIHAI	ILIESCU	3/12/2025
MARIANA	KOSYKA	3/12/2025
SEYEDEHPARISA	MIRPOURIAN	3/12/2025
MARIBEL CRISTINA	SANCHEZ CRUZ	3/12/2025
TOMMASO M. ORAZIO	ZULIANI	3/12/2025
RAFFAELE	FUSI	27/11/2025
CORNELIA	LEITNER	27/11/2025
MICHELE	SEGAFREDO	27/11/2025
CHIARA	ANDRIOLO	5/11/2025
SARA	ASTNER	5/11/2025
MAXIMILIAN	FELDER	5/11/2025
CHIARA	MASSARO	5/11/2025
NASSIM	WALDNER	5/11/2025
SWETA	BAJAJ	22/10/2025
ELENA	BONARDO	22/10/2025
AURORA	CURRO’	22/10/2025
ELISA	FANELLA	22/10/2025
SARA	FRISOLI	22/10/2025
FABIO MASSIMO	GAVAZZONI	22/10/2025

NOME	COGNOME	DATA DI ISCRIZIONE
JULIA	KOSTNER	22/10/2025
ANNA MARIA	MALAVOLTI	22/10/2025
FEDERICO	PATTA	22/10/2025
ALESSANDRO	RUZZARIN	22/10/2025
LUCIANA PAULA	SANTESTEBAN	22/10/2025
CHIARA	SOLAI	22/10/2025
ENRICO	TINCANI	22/10/2025
ELENA	BIFANO	30/9/2025
LAURA	IMELMANN	30/9/2025
JAKOB	LADURNER	30/9/2025
RACHEL CATERINA	TANNER	30/9/2025
DANIEL	ALZETTA	10/9/2025
ALESSIA	ANTONELLI	10/9/2025
ELIO	ASSISI	10/9/2025
UMBERTO	BARBONE	10/9/2025
ALICE	BRESSAN	10/9/2025
PAOLO	CABASSA	10/9/2025
MARIA L. SALVATORA	CHIGHINI	10/9/2025
DAVIDE	FERRAZZOLI	10/9/2025
NOEMI’	FOLGARAIT	10/9/2025
ILARIA	GIROLAMI	10/9/2025
MARIA ELENA	GORRA	10/9/2025
ZAMIR	KADIJA	10/9/2025
SOKRATEN	KALLOGJERI	10/9/2025
CATERINA	PARDINI	10/9/2025
RAFAEL	PEREZ CABRERA	10/9/2025
DESARA	AZIZAJ	29/8/2025
ESTHER	BAUR	29/8/2025
CHRISTIAN	CORNELLA	29/8/2025
ANDREAS	INNERHOFER	29/8/2025
MIRCO	JANES	29/8/2025
MANUEL	MUTSCHLECHNER	29/8/2025
FABRIZIO	BACCHIN	7/8/2025
ANDREA	BOCCHI	7/8/2025
DAVID	ERSCHBAUMER	7/8/2025
LUCA	FABBRO	7/8/2025
FEDERICO	INFRICCIOLI	7/8/2025
JONAS	MAIRHOFER	7/8/2025
FILIPPO	MASCALZONI	7/8/2025
SIMON	MITTERMAIR	7/8/2025
JULIA	PERATHONER	7/8/2025

NOME	COGNOME	DATA DI ISCRIZIONE
GIULIA	POLETTI	7/8/2025
DIEGO	POZZA	7/8/2025
EDUARDO	WASSERMAN	7/8/2025
ANNA	BISCA	2/7/2025
TIMO	BULLMANN	2/7/2025
MARTINA	DELLINO	2/7/2025
ALBRECHT	GIULIANI	2/7/2025
TOBIAS	GRAF	2/7/2025
FEDERICA	MAZZOLENI	2/7/2025
ELISABETH	MIAN	2/7/2025
SOFIA	PALMIERI	2/7/2025
ARTIOLA	HOXHA	5/6/2025
LEDIAN	HOXHA	4/6/2025
HANNA	OBLETTER	4/6/2025
JOAO VITOR	SANTOS NARDI	4/6/2025
GERD	TINKHAUSER	4/6/2025
KATIUSCIA	TROTTNER	4/6/2025
LEONARDO MIGUEL	VILLALBA	4/6/2025
JOHANNES	WIDMANN	4/6/2025
MARGHERITA	CAVALIERI	7/5/2025
DARIO OLIVER	DEJANA	7/5/2025
DAVIDE	FIGINI	7/5/2025
NIKOLAUS	KREBS	7/5/2025
ANDREAS	PIRCHER	7/5/2025
LUCA	MAUTONE	9/4/2025
MARKUS	THALER	9/4/2025
NICOLE	FANTINI	12/3/2025
GLORIA	TURRI	12/3/2025
CHIARA	GRUBER	3/3/2025
ANTONELLA	VITTORI	3/3/2025
MARGERITA	MOSER	21/2/2025
GIORGIO	ARFUSO	5/2/2025
MARIA CECILIA	BERTACCINI	5/2/2025
ALICE	DALSASS	5/2/2025
MARIANNA	DE RIVO	5/2/2025
SOFIA	HASELRIEDER	5/2/2025
LORENZO	NIGRIS	5/2/2025
NICOLO’	RAMPAZZO	5/2/2025
MAURIZIO	RESTALDO	5/2/2025
GUIDO	SCHUMACHER	5/2/2025
ARMIN	SIMEONI	5/2/2025

NOME	COGNOME	DATA DI ISCRIZIONE
OSKAR	STEGER	5/2/2025
MARTIN	WEGER	5/2/2025
MOHAMED RAGAB ZAKY GABALLA	AYAD	12/3/2025
MARKUS	BERTOLDI	7/5/2025
ANTONINO	CONTI	5/2/2025
BERFIN	DEVECI	10/9/2025
DENIS	GUERRA	10/9/2025
KATRIN	LÜFTER	5/11/2025
JULIA	RIER	22/10/2025
MICHAEL	RIER	9/4/2025
SANGEETA	RIJAL	12/3/2025
CAROLINE RUTH	STEINER	5/2/2025
JOANNA JADWIGA	VAN STRAELEN	3/12/2025
YEVGENIY	ZAKOMIRNYY	10/9/2025

Bozner Senioren treffen sich wieder

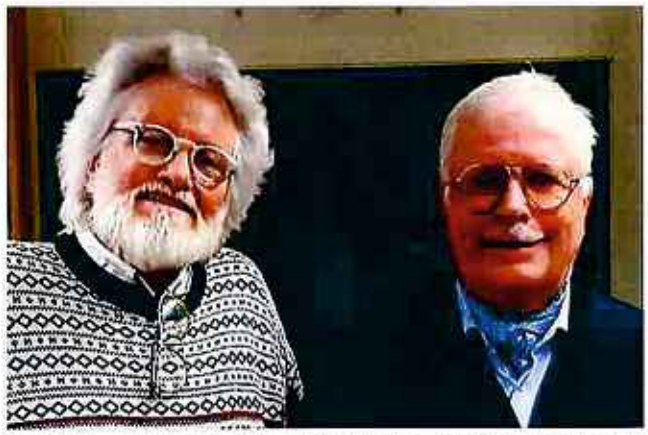
Der Männerclub Bozen 60+ ist stets aktiv

BOZEN - (pka) Inzwischen besteht er schon seit rund zehn Jahren, der wieder erstarkte Männerclub Bozen 60+, der sich um die Belange der älteren Generation kümmert. Aber auch all jene, die in der näheren Umgebung Bozens zuhause sind, sind herzlich willkommen.

Der Männerclub Bozen 60+ fungiert als Untergruppe der Arbeitsgemeinschaft Senioren Bozen und Umgebung, deren Präsident Dr. Werner Wallnöfer ist. Gemeinsam mit dem Männerclub-Leiter Denis Mader wird ein aktuelles und abwechslungsreiches Programm auf die Beine gestellt, um die Teilnehmenden einige Stunden lang zu unterhalten, aber auch um zusammen ins Gespräch zu kommen. Das erste Herbst-Treffen fand bereits am 30. Oktober statt, bei dem die Mundartdichterin Anna Gruber „Lustige Herbstgedanken" erzählte. Und bereits am 13. November kommt Gottlieb Kaserer zu Besuch, der mit seinem Vortrag über „Gehen und verweilen in fernen Ländern" aufhorchen lassen wird.

Später, am 27. November ist Ivonne Dauru schließlich mit ihrem Thema „Beim Essen verwöhnt man Leib und Seele" an der Reihe. Sabine Eccel vom VinziMarkt und Männerclub-Leiter Denis Mader werden am 11. Dezember über ihre Erfahrungen im Sozialdienst sprechen und, dem Anlass entsprechend, einige Nikolausepisoden zum Besten geben.

Alle Treffen finden im Pfarrheim Bozen, Pfarrplatz 25, jeweils von 15 bis 17 Uhr statt. Alle Männer ab 60 Jahren sind herzlich willkommen. Weitere Informationen gibt Denis Mader unter der Mobil-Nummer 338 420 5010 (maderdenis46@gmail.com).



Denis Mader (links) und Dr. Werner Wallnöfer, die „Macher" beim Männerclub Bozen 60+.

„Das Ehrenamt gibt große Genugtuung"

Der ehemalige Primar der Dermatologie am Regionalkrankenhaus Bozen, Dr. Werner Wallnöfer, spricht über den Erhalt des Verdienstkreuzes des Landes Tirol.

BOZEN – (pka) Vor einigen Wochen bekam von den beiden Landeshauptmännern von Südtirol und Tirol, Arno Kompatscher und Anton Mattle, Dr. Werner Wallnöfer auf Schloss Tirol das Verdienstkreuz überreicht, eine Auszeichnung, die jene Personen südlich und nördlich des Brenners erhalten, die sich für das Gemeinwohl einsetzen. Dr. Wallnöfer verrichtet insbesondere im kirchlichen wie im Seniorenbereich ehrenamtliche Dienste. Die Bezirkszeitung hat mit dem Geehrten darüber gesprochen.

Dr. Werner Wallnöfer mit dem Verdienstkreuz des Landes Tirol.

Wie ordnen Sie diese Auszeichnung ein?

Nun, ich war völlig überrascht, aber auch erfreut darüber, sie ist eine öffentliche Anerkennung meiner vielfältigen Tätigkeit, die ich ehrenamtlich ausübe.

Sie sind ja seit Jahrzehnten ehrenamtlich unterwegs. Warum?

Es stimmt, seit mehr als 40 Jahren schon bin ich im Ehrenamt. Das ist darauf zurückzuführen, dass es mir seinerzeit ermöglicht wurde, im Vinzentinum zu studieren, außerdem bekam ich vom Land Tirol ein Stipendium für ein Universitätsstudium. Ich konnte dadurch einen erfüllenden Beruf ergreifen und ich wollte mich der Gemeinschaft gegenüber ein wenig erkenntlich zeigen, etwas zurückgeben bzw. einen positiven Beitrag leisten.

Wo waren und wo sind Sie immer noch tätig, was bereitet Ihnen dabei die größte Freude?

Da gibt es eigentlich keine Vorlieben, denn jede ehrenamtliche Tätigkeit, sofern sie Früchte trägt, bereichert und freut mich. Wenn ich an die verschiedenen Aufgaben zurückdenke, so fällt mir ein, dass ich 20 Jahre Pfarrgemeinderatspräsident und 30 verwaltung der Dompfarre Bozen war. Seit 2007 bin ich Obmann der Domschatzkammer, leite Wortgottesdienste, mache Kirchenführungen und war auch für neun Jahre Balleimeister des Deutschen Ordens. Zudem bin ich seit 2013 Präsident der Arbeitsgemeinschaft Senioren Bozen und Umgebung, die in mehrere Sparten untergliedert ist. Also insgesamt doch eine ganze Reihe an unterschiedlichen Aufgaben.

Abschließend: Haben Sie auch Anliegen an die Politik, was das Ehrenamt anbelangt?

Ja, und zwar die bürokratischen Auflagen, die Überhand genommen haben und dadurch die Ausübung ehrenamtlicher Tätigkeiten ungemein erschweren.

Università degli Studi dell'AQUILA

AMMINISTRAZIONE CENTRALE - SEGRETERIA STUDENTI

Matricola 289937 (LAU-12) Reg. al N. 20251347472 /LAU-MS

Si certifica che RIELLI EMANUELA, nata a Bolzano (BZ) il 03/02/1974, ha conseguito Master di Secondo Livello in Medicina dell'Adolescenza (D.M. 509/1999) presso questa Università degli studi, in data 29/04/2024 con voto 70/70.

La durata normale del corso è di un anno.

Il presente certificato si rilascia in carta libera per gli usi per i quali la legge non prescrive il bollo (D.P.R. 16/10/1972 N. 642 ALL. B). Non può essere prodotto agli organi della Pubblica Amministrazione o ai privati gestori di servizi pubblici a norma dell'art.15 della legge 183/2011 In tutti gli altri casi applicare la marca da bollo dell'importo vigente.

L'AQUILA, 22/03/2026

L'Addetto al Riscontro

Il Responsabile Amministrativo

Dott.ssa Gloria Leonzio

I DATI DEL PRESENTE CERTIFICATO SONO ESTRATTI DAL SISTEMA INFORMATIVO AUTOMATIZZATO DI QUESTA UNIVERSITA'
LA FIRMA E' OMESSA AI SENSI DELL'ART.3, COMMA 2, DECR. LEGISLATIVI 12/02/1993, N.39.

Spazio riservato al timbro digitale

LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN

MEDIZINISCHE FAKULTÄT

URKUNDE

ÜBER DIE VERLEIHUNG DES DOKTORGRADES

UNTER DER PRÄSIDENTSCHAFT
DES PROFESSORS FÜR FINANZWISSENSCHAFT

DR. RER. POL. DR. H.C. BERND HUBER

UND DEM DEKANAT
DES PROFESSORS FÜR PHARMAKOLOGIE UND TOXIKOLOGIE

DR. MED. THOMAS GUDERMANN

WIRD HERRN

MORITZ GATSCHER

GEBOREN AM 14. SEPTEMBER 1992 IN BOZEN

IN ANERKENNUNG DER VON IHM EINGEREICHTEN WISSENSCHAFTLICHEN ABHANDLUNG

„Ethische Fragen in der Berg- und Höhenmedizin:
eine qualitative sozialempirische Studie"

UND NACH ERFOLGREICHER ABLEGUNG DER MÜNDLICHEN PRÜFUNG AM

08.05.2025

DER AKADEMISCHE GRAD

DOKTOR DER HUMANMEDIZIN (DR. MED.)

MIT DEM GESAMTURTEIL

MAGNA CUM LAUDE

VERLIEHEN.

PRÄSIDENT

DEKAN

Offizielles Hospitationszentrum
der Deutschen Gesellschaft für Dermatochirurgie

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR DERMATOCHIRURGIE E.V.
DGDC

Zertifiziert durch
den Vorstand der DGDC

34 anni di Futura – Premio di promozione per giovani altoatesini all'estero!
Il premio Futura – Premio di promozione per giovani altoatesini all'estero è stato istituito nel 1990 dall'Associazione Albergatori e Ristoratori (HGV) e dalla casa editrice Athesia. L'obiettivo del premio è quello di premiare e sostenere giovani altoatesini di talento. Questi devono distinguersi in modo particolare al di fuori dell'Alto Adige attraverso la loro attività professionale nei settori dell'economia, della scienza o della cultura. Negli ultimi 32 anni sono già stati premiati 85 giovani talenti.
I promotori del premio sono – oltre all'HGV e ad Athesia – la Fondazione Cassa di Risparmio dell'Alto Adige, il birrificio di birre speciali Forst e Despar/Aspiag. L'EURAC e la rete Südstern sono partner dell'iniziativa.
Sono ammessi al premio Futura i sudtirolesi che
• non abbiano ancora compiuto 35 anni alla scadenza per l'invio della documentazione (31 agosto 2024)
• svolgano un'attività professionale all'estero o fuori dalla regione da almeno tre anni
• si siano distinti per risultati eccezionali, sia durante la formazione che nella vita professionale
• hanno completato gli studi
• mantengono un legame affettivo con l'Alto Adige
I candidati possono presentare domanda per il premio di promozione un totale di due volte.

Dr. med. MBA PHA Ines Unterfrauner

attività svolta al momento dell'assegnazione del premio:
Primaria di chirurgia della colonna vertebrale presso la Clinica universitaria Balgrist di Zurigo

Data di nascita:
11.08.1992

Ambito di specializzazione:
Medicina

Anno del riconoscimento:
2024

Ines Unterfrauner, originaria di Gais, è specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore (FMH) e, dall'agosto 2022, è primario di chirurgia vertebrale presso la Clinica universitaria Balgrist di Zurigo (CH), nonché docente presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Zurigo. Oltre alla medicina, l'altoatesina ha anche un'altra passione: la musica. Ines Unterfrauner ha frequentato il Conservatorio di musica di Bolzano e successivamente l'Università di musica e arti performative di Graz. L'ambiziosa altoatesina desidera, attraverso la sua ricerca, le sue pubblicazioni e le presentazioni a congressi internazionali, prevenire e quindi ridurre il rischio di infezioni mediante strategie di prevenzione negli interventi ortopedici. Oltre alla sua attività professionale, la dottoressa, originaria di Brunico, si impegna sempre più a favore delle donne nel settore della chirurgia (ancora) dominato dagli uomini; è presidente dello "Statistic and Scientific Committee" di Swiss Female Orthopaedics e membro del Women Spine Network, nonché di diverse altre associazioni ortopediche internazionali. È molto grata per la sua formazione in Alto Adige e di quella all'estero, che per lei rappresentano un impegno a restituire qualcosa all'Alto Adige. Per questo motivo, dopo molti anni all'estero, Ines Unterfrauner ha deciso di trasferire nuovamente il suo centro di vita in Alto Adige a partire da gennaio 2025 e di continuare la sua attività di chirurgo della colonna vertebrale presso OrthoPlus e la CityClinic di Bolzano.

Discorso dell'Assessore Avvocato Juri Andriollo

Perché siamo riuniti qui oggi? Perché troppo spesso perdiamo di vista l'importanza dei singoli concittadini e delle singole concittadine, poiché molte cose vengono considerate scontate o addirittura dovute. Eppure esistono personalità che hanno segnato e cambiato in modo duraturo il destino di centinaia di persone.

La città di Bolzano viene spesso premiata per i suoi indicatori economici e per la qualità dei suoi servizi. Noi siamo tuttavia convinti che in questa città esista un valore ancora molto più grande. Sono persone come Lei – e come molte altre – che, con un impegno straordinario, si sono dedicate non solo a salvare vite umane, ma all'essere umano nella sua totalità. In questo, a mio avviso, risiede il vero e duraturo valore aggiunto per la nostra comunità.

Per questo motivo è oggi una particolare premura per la città di Bolzano conferire questo riconoscimento a una personalità da tutti altamente stimata, che gode di ampia considerazione e apprezzamento. Esso rappresenta simbolicamente il fatto che la città non dimentica, ma continua ad accompagnarLa – così come Lei ha accompagnato la città e continuerà a farlo anche in prospettiva futura.

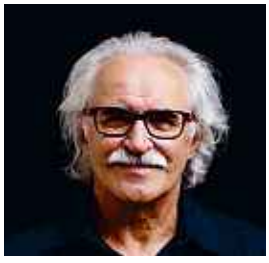
La città di Bolzano manterrà vivo il ricordo di quanto è stato realizzato e di queste personalità che hanno lasciato un segno: di quelle pioniere e di quei pionieri che hanno intrapreso nuove strade, sperimentato e sviluppato, a livello scientifico, visioni di straordinaria portata. Di questo siamo estremamente orgogliosi.

La ringrazio.

Déjà vu per tutta la vita

Sono un giocatore di scacchi. Un tempo partecipavo ai tornei, ma è stato molto tempo fa. Da quel lontano periodo, vi racconto un piccolo episodio.
Un sabato d'inverno dovevamo affrontare un lungo viaggio per una partita di campionato. In una città lontana, alla prima scacchiera della nostra squadra, mi ritrovai ad affrontare un avversario molto forte: un giocatore con ranking internazionale proveniente dall'ex Jugoslavia. Bisogna sapere che, fino alla dissoluzione di questo Stato, molti giocatori dei Balcani venivano qui da noi per arrotondare il loro magro stipendio dell'Est con poche lire. In quei paesi c'erano molti giocatori forti, in quanto questo sport era materia scolastica.
Fino al tardo pomeriggio ero riuscito, con un attacco coraggioso, a ottenere una posizione promettente sulla scacchiera e sentivo che, con alcune mosse forzate, avrei potuto concludere la partita con una vittoria.
Cercai e cercai, ma non riuscii a trovare una soluzione. Dal linguaggio del corpo del mio avversario capii che non si sentiva per niente a suo agio in quella posizione; capì anche lui che la situazione non era affatto a suo favore.
Continuai a cercare, ma non riuscii a trovare la mossa decisiva. Nel frattempo, il tempo a mia disposizione sull'orologio degli scacchi stava inesorabilmente scadendo. Con poco tempo a disposizione, ho offerto la patta in una posizione promettente e il mio avversario l'ha accettata immediatamente.
Il pomeriggio passò in fretta, andai avanti e indietro tra i tavoli dove le partite erano ancora in corso, ma alla fine abbiamo perso la partita per un soffio.

Durante il lungo viaggio di ritorno, ero da solo in macchina e ormai era buio. La mia posizione di stallo sulla scacchiera continuava a perseguitarmi come un'ossessione. La scena mi tornava in mente continuamente e provavo mentalmente una mossa dopo l'altra.
Poco prima di una curva stretta, all'improvviso, ebbi un'illuminazione, come un colpo di fulmine. La mossa vincente mi balenò davanti agli occhi come un lampo e, con un ultimo sforzo, riuscii a evitare di finire nel fosso.
Ho fatto retromarcia, alla fine della curva c'era un piccolo parcheggio, ho preso la mia scacchiera tascabile dal vano portaoggetti e ho ricreato la mia posizione; all'improvviso, la sequenza successiva era chiarissima.
Mi sono fermato ancora un po' esausto alla curva al chilometro 23,5.
Sono anche un medico d´emergenza. Numerosi interventi sulle strade hanno accompagnato la mia vita professionale. Un pomeriggio, anche questo molto tempo fa, una chiamata di emergenza ci ha portato su una strada provinciale in Alto Adige: l'allarme segnalava un'auto ferma con una persona immobile in un piccolo parcheggio al km 23,5. Arrivati sul posto abbiamo trovato una persona rannicchiata nell'auto – era morta. Il resto era routine: abbiamo esaminato la situazione, le responsabilità di terzi, la violenza, le solite cose. Non ho trovato nulla di insolito, quindi ho riportato sul rapporto dell'intervento una cosiddetta morte naturale. Poi abbiamo seguito le solite procedure, che possono sembrare prive di empatia: abbiamo informato le autorità e il medico legale.
Eppure, fino alla fine ho avuto una sensazione spiacevole, come se avessi dimenticato qualcosa. Ho cercato e cercato, ma non sono riuscito a trovare la soluzione sul posto, come era successo nella mia partita a scacchi.
La sera, mentre tornavo a casa, finalmente mi venne in mente. Ero di nuovo solo in macchina, vicino alla curva al chilometro 23,5. Non avevo preso in considerazione la possibilità di richiedere un'autopsia. Non sarebbe servita a nessuno, ma la persona deceduta era relativamente giovane e una spiegazione medica della morte improvvisa avrebbe forse aiutato i familiari nel loro lutto. Era stata una situazione complessa, un compito che avrei dovuto risolvere.
Ancora oggi percorro occasionalmente questa strada, è un tragitto piacevole. E ogni volta, che lo voglia o no, il mio ippocampo mi ripropone i vecchi filmati. Ormai mi sono rassegnato, ma quella curva non mi dà pace.



Werner Beikircher

Qualche giorno fa, la presidente dell'Ordine dei Medici, Astrid Marsoner, mi ha chiesto se avessi voluto scrivere un articolo per la rubrica del Medicus, ovvero su un luogo che per me ha un significato particolare. Ho pensato spontaneamente alle mie api. Si tratta comunque di un luogo in cui svolgo un'attività che mi piace particolarmente. Tuttavia, la presidente mi ha spiegato che la rubrica "passioni" è già stata occupata da un altro collega e che presto, intorno al mio paese, gireranno l'agricoltore "Güllrich" e la "Misthilda" con il loro trattore, diffondendo nel luogo della mia "passione" un odore di ammoniaca davvero insistente.
Esiste un altro luogo di cui vorrei ora parlarvi. Ci sono stato una sola volta, ma ogni tanto, quando voglio immergermi in un'atmosfera di pace, serenità e calma, lo percepisco e mi sembra di sentirlo con l'udito, l'olfatto e il tatto
È una spiaggia in Islanda. Dimentico sempre il nome, soprattutto perché faccio fatica a ricordare i nomi dei luoghi. Ammiro le persone che raccontano delle loro vacanze e riescono a ricordare ogni luogo impronunciabile per poi ripeterlo correttamente mentre raccontano. Ovviamente queste informazioni poi le dimentico di nuovo.

Sono arrivato a questa spiaggia quasi per caso, insieme alla mia famiglia nell'autunno del 2019, mentre visitavamo la penisola di Snæfellsnes. Dall'auto, ho intravisto un accenno di spiaggia. Abbiamo quindi parcheggiato il fuoristrada a noleggio e abbiamo lasciato la strada per scendere lungo un pendio. Le mie scarpe da trekking sprofondarono subito nella sabbia gialla e grossolana che scricchiolava sotto i miei piedi ad ogni passo. Tutto intorno c'erano enormi rocce nere che brillavano al sole autunnale lattiginoso islandese e mi circondavano, creando uno spazio acustico che trasmetteva silenzio.

C'era odore di mare e di alghe e, davanti a me, tra le rocce, si apriva la vista su un'ampia distesa di sabbia che si fondeva dinamicamente con quella dell'acqua. Quel giorno il mare era calmo e all'orizzonte sono stato ricompensato da un arcobaleno. Questa è stata la mia sensazione in quel momento.
Mi sentivo lì, nel qui e ora, e dentro di me si diffuse una profonda calma, insieme a una sensazione di equilibrio e soddisfazione. Ripartimmo subito, anche se mi sarebbe piaciuto restare.
Tuttavia, questa vacanza in Islanda è terminata e il ritorno alla routine quotidiana era inevitabile. Come spesso accade dopo le vacanze in Islanda, anche questa volta ho sentito il desiderio di lasciare il mio lavoro alla SABES e trasferirmi lì. Lì sono ancora alla ricerca di medici, infermieri, ma anche di saldatori e lavoratori agricoli. Tuttavia, in quanto psichiatra, uno degli strumenti più importanti per il mio lavoro quotidiano è la lingua e purtroppo non conosco l'islandese. Dato che lavoro ancora per la SABES, ho superato più volte quello che chiamo "attacco di dimissionite".
Eppure, quando cerco la tranquillità o la pace interiore, non sempre, ma spesso, questa spiaggia riaffiora nella mia mente e mi ritrovo lì: posso sentirla, annusarla e ascoltarla.

Chi desidera visitare la spiaggia deve recarsi a Hellissandur e cercare la spiaggia di Skarðsvík.

Ivan Simioni

Clinica San Marco - Etiopia Marzo 2025 - Medici altoatesini per il mondo

Tikusati, himemochi, e fewisi – sono parole amhara importanti nelle conversazioni con i pazienti e indicano febbre, dolore e guarigione.

Con queste parole e molta motivazione e curiosità, all'inizio di marzo 2025 siamo partiti per l'Etiopia per conto dei Medici altoatesini per il mondo. Più precisamente alla Clinica San Marco, un centro sanitario situato a 2700 metri di altitudine nella zona rurale della regione Gurage. La clinica, ancora giovane, è stata costruita nel 2022 grazie alle donazioni degli altoatesini e comprende cinque edifici con, tra l'altro, ambulatori, una piccola farmacia, un laboratorio e una sala parto.

Nell'ampio raggio circostante non ci sono strutture sanitarie, quindi la clinica rappresenta l'unico punto di riferimento per le persone con i più vari problemi di salute. Dai giovani agli anziani, dal tifo al mal di schiena, dalle ferite fino agli attacchi d'asma, noi medici siamo stati confrontati con le più svariate fasce d'età e quadri clinici e abbiamo cercato di trattare i pazienti nel miglior modo possibile con i mezzi a disposizione. Spesso basta un'iniezione intramuscolare per alleviare il dolore o un antibiotico per combattere l'infezione. Talvolta però ci si scontra con i propri limiti e mancano gli strumenti diagnostici o i farmaci necessari per valutare o curare adeguatamente il paziente.

Tuttavia, con semplici misure e farmaci si può spesso aiutare in modo efficace e si riceve dai pazienti un enorme apprezzamento e molta gratitudine. Quando nel circondario si seppe che medici europei erano a San Marco, si registrò un enorme afflusso al centro sanitario e oltre 100 pazienti si presentavano quotidianamente per la visita. Questo dimostra quanto sia grande il bisogno e la richiesta di supporto medico nella regione. Soprattutto il centro nascita con sala parto ha un enorme potenziale. Poiché la maggior parte delle donne partorisce a casa senza assistenza medica, l'Etiopia è uno dei paesi con la più alta mortalità materna e infantile al parto. Offrendo il parto presso la clinica San Marco, si può garantire una nascita sicura per la madre e per il bambino.
Al termine del soggiorno di tre settimane, siamo tornati arricchiti da numerose esperienze e abbiamo potuto apprendere moltissimo sia dal punto di vista medico, sia a livello umano.
Con semplici interventi medici, grazie alle donazioni e all'aiuto dei medici dell'Alto Adige per il mondo, si possono già ottenere grandi risultati e migliorare la vita delle persone in Etiopia. Il progetto San Marco ha un grande potenziale per il futuro.

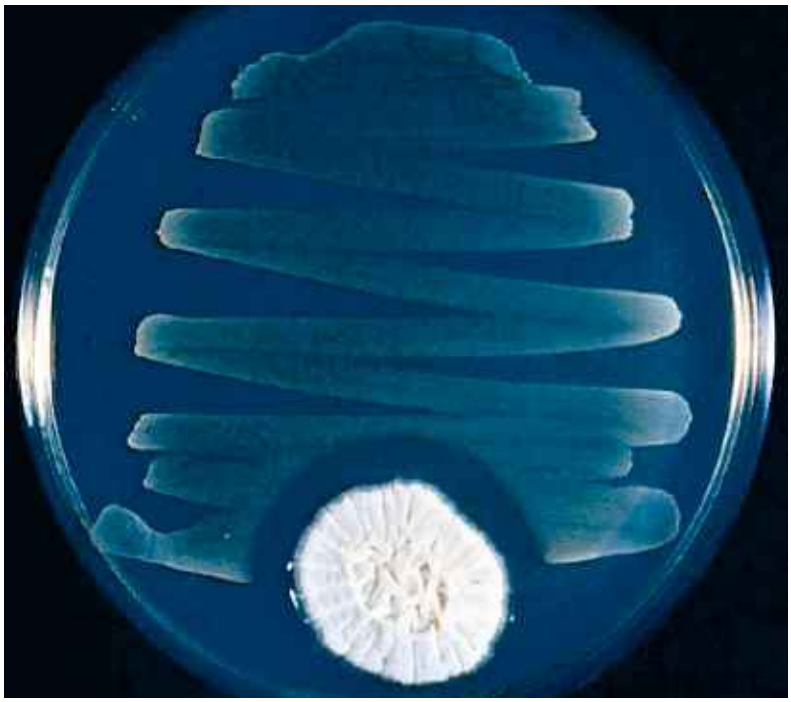
Simon Schmidt

Ospedale nella regione Gurage, Etiopia

PIETRE MILIARI DELLA MEDICINA

Nel 1928 Alexander Fleming scoprì per caso la penicillina, il primo antibiotico che ha salvato milioni di vite. Nel febbraio del 1941, l'australiano Howard Florey e l'inglese Ernst Chain somministrarono per la prima volta la sostanza a un essere umano. La terapia sperimentale ebbe successo e inizialmente salvò la vita del paziente. Tuttavia, poiché la penicillina non era disponibile in grandi quantità, l'infezione divenne fatale. Nonostante si tentasse di recuperare la penicillina dalle sue urine, il vice agente Albert Alexander morì il 15 marzo 1941 a causa della sua infezione. Questo caso, entrato nella storia della medicina, mise in luce una serie di problemi con cui i due medici dovettero confrontarsi tredici anni dopo la scoperta della penicillina.

All'epoca, in Inghilterra non esistevano ancora le possibilità di sviluppare la penicillina su scala industriale e di commercializzarla. Florey e Chain intuirono questa opportunità negli Stati Uniti, da dove la penicillina, prodotta su larga scala, tornò in Europa, inizialmente sotto forma di preziose fiale nel bagaglio dei soldati americani. Soldati americani, negli anni '50, iniziarono a produrla in massa sotto forma di compresse. La penicillina portò ai ricercatori Fleming, Chain e Florey i massimi riconoscimenti scientifici: già nel 1945, infatti, ottennero insieme il Premio Nobel per la medicina.



PASTA E CECI

"Pasta e ceci" è un piatto tradizionale e sostanzioso della cucina quotidiana italiana. La combinazione di pasta di semola e ceci offre un piatto vegetale completo, con elevato potere saziante, effetto glicemico favorevole e profilo di aminoacidi complementare.

Ingredienti (4 porzioni)
200 g di pasta corta (ad es. Ditalini o piccoli gomiti)
250 g di ceci secchi (o 500 g già cotti)
1 cipolla
½ carota (opzionale)
1 spicchio d'aglio
2 cucchiai di olio extravergine d'oliva
1 rametto di rosmarino
1 foglia d'alloro
circa 1 litro di acqua o brodo vegetale leggero
Sale, pepe nero
1 cucchiaio di concentrato di pomodoro

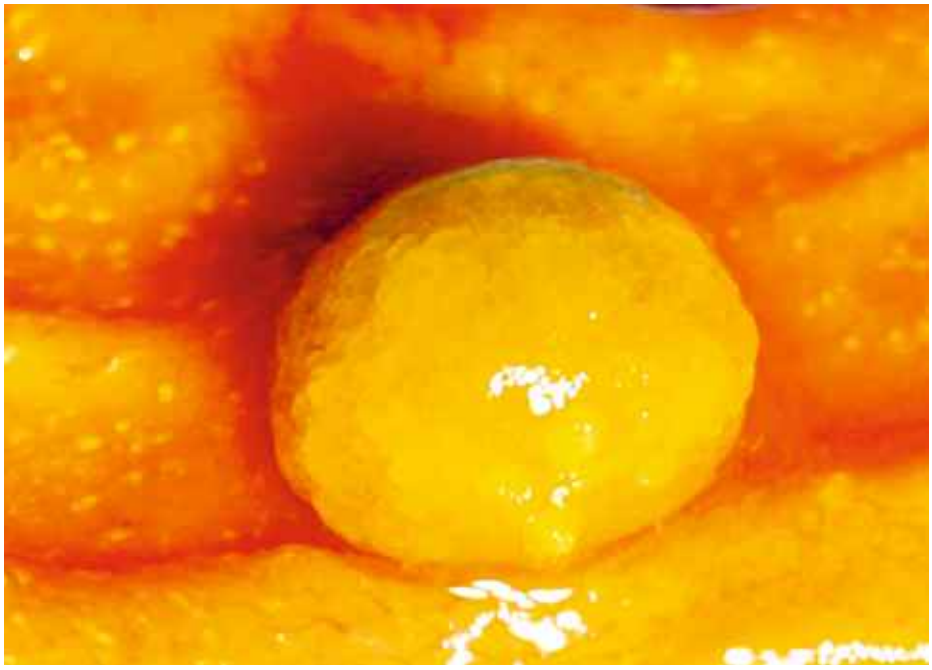
Mettere in ammollo i ceci secchi per tutta la notte, il giorno successivo sciacquarli e cuocerli in acqua fresca per circa 60–90 minuti fino a renderli morbidi. I ceci già cotti vanno solo sciacquati. Tritare finemente la cipolla, tagliare la carota a piccoli cubetti, schiacciare leggermente l'aglio e far soffriggere delicatamente nell'olio. Aggiungere rosmarino e foglia d'aloro. Aggiungere i ceci, coprire con acqua/brodo e far sobbollire a fuoco basso per 15–20 minuti. Frullare circa un terzo dei ceci e reintegrare nella zuppa. Cuocere la pasta direttamente nella zuppa al dente (aggiungendo un po' di liquido se necessario). Condire con sale e pepe, rimuovere il rosmarino e l'alloro, completare con olio d'oliva e servire caldo.
In frigorifero dura 2-3 giorni; adatta anche per la preparazione anticipata. Riscaldando, aggiungere eventualmente un po' di liquido.
Varianti: La pasta può essere variata a seconda della tolleranza e dei gusti: oltre alla pasta di grano duro sono adatti anche orzo perlato o pasta di farro; per chi è intollerante al glutine, sono disponibili alternative senza glutine.

Classificazione nutrizionale:
Cereali (pasta): ricchi di metionina, energia rapidamente disponibile
Ceci: ricchi di lisina, elevato contenuto di fibre e proteine, basso carico glicemico
Combinazione: apporto proteico di elevato valore biologico senza prodotti di origine animale
Adatto per un'alimentazione preventiva, per la salute cardiovascolare e per regimi alimentari a prevalenza vegetale

Valori nutrizionali per porzione:
Energia: 435 kcal / 1820 kJ
Carboidrati: 60 g
di cui zuccheri semplici: 4 g
Fibre: 12,5 g
Proteine: 15 g
Grassi: 13 g
di cui acidi grassi saturi: 2 g

Michael Kob

Indovinello visivo



Soluzione nell’impressum

Indovinello

Candela	Quantità di sostanza
Farad	Corrente elettrica
Mol	Carica elettrica
Ohm	Capacità
Coulomb	Resistenza
Ampere	Intensità luminosa

Indovinello

DIMENSIONE CORRETTA
Durante il lavoro in laboratorio, una scienziata ha bisogno di un paio di nuovi guanti protettivi per poter lavorare in sicurezza. I guanti sono disponibili in tre taglie: piccola, media e grande, e la scienziata ha bisogno di un paio di guanti piccoli. Purtroppo i guanti non sono ordinati: nel magazzino c'è una grande scatola opaca contenente 10 guanti piccoli, 12 medi e 14 grandi. Per puro caso, il primo guanto che la scienziata estrae dalla scatola è effettivamente piccolo. Quanti guanti dovrebbe prendere al massimo dalla scatola prima di estrarre almeno un altro guanto piccolo?

RICERCA DEL PARTNER
In un laboratorio di chimica all'università, un professore chiede ai suoi studenti di svolgere un lavoro pratico a coppie. Nel corso degli studi, ogni studente deve lavorare con tutti gli altri, per acquisire quanta più esperienza possibile con altri futuri scienziati. Nella classe del professore ci sono 12 studenti. Quante coppie di studenti possibili ci sono?

PREMI NOBEL
Marie Curie fu insignita del Premio Nobel per la Fisica il 10 dicembre 1903. Nel 1911 ricevette anche il Premio Nobel per la Chimica, assegnato il 10 dicembre di quell'anno. Quanti giorni dopo la prima assegnazione ebbe luogo la seconda?

CHI SONO?
Mi puòi tenere senza toccarmi

La giusta unità
Successione di Fibonacci:

Un'insegnante di fisica ha scritto alla lavagna l'inizio di una famosa sequenza di numeri affinché gli studenti potessero copiarla. Tuttavia, ha commesso per errore uno sbaglio. Scoprite come funziona la successione e quale termine della serie è stato riportato in modo errato.

0, 1, 1, 2, 3, 5, 8, 13, 21, 34, 55, 89, 154

Curiosità

Il cuore umano è in grado di generare una pressione tale da far spruzzare il sangue fino a una altezza di 10 metri.

Per ottenere un biglietto gratuito della metropolitana in Messico, i passeggeri devono fare dieci squat. Questa campagna è stata lanciata per combattere il sovrappeso e le malattie correlate.

Il tuo cervello è sempre più intelligente di te.
Il cervello prende decisioni apparentemente consapevoli 7 secondi prima che tu ne sia consapevole.

Barzellete

Paziente: „Dottore, ho bisogno di un certificato medico". Dottore: „Cosa le manca?". Paziente: „Il certificato"

„Mi piacciono le persone aperte", Giuseppe, 56 anni, chirurgo

„Adesso te lo dico per l'ultima volta", urla il dottore all'infermiere. „Se compili un certificato di morte, sotto la voce: causa del decesso va messo il nome della malattia, non quello del medico curante"

Impressum

EDITORE: Ordine dei Medici e degli Odontoiatri Bolzano, Autorizzazione del Tribunale di Bolzano n. 24/1985 del 03.04.2025

RESPONSABILE: Astrid Marsoner

REDAZIONE: Astrid Marsoner, Lorenz Tasser, Guido Schumacher, Elisabetta Zanotti, Alexandra Auerbach, Gaya Visitin

TIRATURA: Insgesamt/Totale: 4.000

REALIZZAZIONE GRAFICA: Lorenz Tasser

STAMPA: Athesia Druck

SEDE
Via Alessandro Volta, 3
I - 39100 Bolzano

TELEFONO
Tel. +39 0471 976619

E-MAIL
info@ordinemedici.bz.it

PEC
segreteria.bz@pec.omceo.it
Alessandro Volta Straße, 3
I - 39100 Bozen

Soluzioni

Pagina 92 - Polipo intestinale

Pagina 92 - Ampere – corrente elettrica, Candela – intensità luminosa, Farad – capacità, Mole – quantità di sostanza, Ohm – resistenza, Coulomb – carica elettrica.

Pagina 93 - La scienziata deve prendere altri 27 guanti per essere sicura di averne due piccoli. Nel caso peggiore potrebbe infatti estrarre prima i 12 guanti medi e i 14 grandi. Ha quindi bisogno di 12 + 14 + 1 guanti in più per essere assolutamente certa di avere almeno due guanti piccoli.

Pagina 93 - 66(11 + 10 + 9... + 1)

Pagina 93 - 2.922 giorni dopo. Sei anni normali e due anni bisestili.

Pagina 93 - Respiro

Pagina 93 - Successione di Fibonacci: il numero successivo della successione di Fibonacci si ottiene sommando i due numeri precedenti. Pertanto l'ultimo numero dovrebbe essere 144 e non 154 (55 + 89)

Comunicato stampa

E perché ci occupiamo proprio adesso di etica e diritto internazionale umanitario?

Negli ultimi mesi, numerose fonti indipendenti hanno documentato un aumento degli attacchi e assalti a strutture sanitarie e operatori della salute nella striscia di Gaza, con un impatto devastante sulla capacità di curare pazienti e feriti, vicini alle ostilità.
L'Organizzazione Mondiale della Sanità e le Nazioni Unite segnalano danni diffusi a strutture sanitarie ed a edifici usati come rifugi, con interruzione di servizi essenziali e un collasso delle reti civili di base. Racconti inquietanti che, oltre alle preoccupazioni di una violazione del diritto internazionale, descrivono una situazione umanitaria intollerabile che richiede la nostra attenzione immediata per tutelare la vita e la salute della popolazione di Gaza.
Per tali ragioni, diverse associazioni mediche italiane, tra cui la FNOMCeO (Associazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri), hanno manifestato solidarietà con la popolazione colpita.
In qualità di rappresentanza professionale, condanniamo qualsiasi attacco militare contro strutture di assistenza medica e personale sanitario e chiediamo con urgenza la protezione di colleghe/i impegnati in prima linea nelle aree di conflitto. Riteniamo questo un obbligo non negoziabile.
Il rispetto del diritto internazionale umanitario, e quindi l'assistenza e l'evacuazione dei feriti, indipendentemente dalla loro nazionalità, religione o appartenenza politica, deve essere mantenuto e monitorato anche nei conflitti militari.
In questo senso, facciamo appello alla comunità internazionale, agli Stati e ai leader politici affinché si assumano le loro responsabilità di fronte al progressivo deterioramento della situazione umanitaria a Gaza.

La solidarietà dell'Ordine dei medici e degli Odontoiatri è espressione dell'impegno incrollabile a proteggere il diritto alla salute e la dignità di ogni essere umano.