

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica

In questo numero:

La terapia farmacologica del Disturbo Bipolare nel periodo perinatale: focus sul Carbonato di Litio pag. 20

La sabbia che pensa pag. 22

Quota capitaria negativa pag. 39

Gian Verardo Zeviani medico veronese 1725 - 1808 nel trecentesimo della nascita pag. 47

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica
Bollettino Ufficiale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Verona

Anno LXI n. 2 GIUGNO 2026

Registrazione del Tribunale di Verona
n. 153 del 20/3/1962

ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VERONA



VERONA - Palazzo Vitruvio Cerdone - Via Locatelli, 1 - 37122 Verona
tel. 045 8006112 / 045 596745 - fax 045 594904
web: www.omceovr.it

Direttore Responsabile
Roberto Mora

Comitato di Redazione
Roberto Mora, Giulio Rigon,
Franco Del Zotti, Stefano Bortoletti

veronamedica2025@gmail.com

Consiglio Direttivo
Presidente: Alfredo Guglielmi
Vice-Presidente: Anna Tomezzoli
Segretario: Giulio Rigon
Tesoriere: Caterina Pastori

Consiglieri
Giorgio Accordini, Davide Brunelli, Giorgio Carrara,
Roberto Castellani, Pasquale Cirillo, Maurizio Corbellini,
Lucio Cordioli, Ivano Dal Dosso, Annamaria Musso,
Francesco Orcalli, Giuseppe Petrilli

Revisori dei Conti
Vania Teresa Braga, Francesca Moretti

Revisore dei Conti Supplente
Stefano Bortoletti

Commissione Odontoiatri
Luca Buono, Richardo Frech, Rino Guglielmi,
Andrea Marchetti, Michela Perina.

Fotocomposizione e Videoimpaginazione
Girardi Print Factory
Via Maestri del Lavoro, 2 - 37045 Z.I. Legnago (Vr)
tel. 0442 600401 - info@girardiprintfactory.it

Foto di Copertina
Roberto Mora

INSERZIONI PUBBLICITARIE SU VERONA MEDICA

SPAZIO	1 USCITA	2 USCITE	4 USCITE
1/4 pagina interna	€ 70,00	€ 50,00 (per uscita)	€ 40,00 (per uscita)
1/2 pagina interna	€ 150,00	€ 100,00 (per uscita)	€ 70,00 (per uscita)
1 pagina interna	€ 250,00	€ 200,00 (per uscita)	€ 150,00 (per uscita)
2ª e 3ª pagina di copertina	€ 400,00	€ 300,00 (per uscita)	€ 250,00 (per uscita)
4ª pagina di copertina	€ 600,00	€ 400,00 (per uscita)	€ 300,00 (per uscita)

EDITORIALE

4 Verme "padano", ossiuri e povertà estreme

NOTIZIE DALL'ORDINE

7 Verbalì del Consiglio e delle Commissioni

ALBO ODONTOIATRI

16 Verbalì della Commissione Odontoiatri

AGGIORNAMENTO

20 La terapia farmacologica del Disturbo Bipolare nel periodo perinatale: focus sul Carbonato di Litio

22 La Sabbia che Pensa

27 Guselkumab per la colite ulcerosa: remissione in oltre 80% casi

28 La metastasi in tre dimensioni: svelato il suo disegno architettonico.

29 Resistenza all'insulina come fattore rischio per 12 tumori.

30 Oms: Nessun legame tra i vaccini e autismo.

30 Vaccino antinfluenzale. Dal prossimo anno possibile con tecnologia a mRNA

31 Spuntino notturno

PROFESSIONE E LEGGE

32 Imponibile giù fino al 60% per i medici che tornano in Italia

33 Disabilità Inps: dal 1 marzo nuove regole accertamento.

33 Andare in pensione nel 2026 con "Opzione donna"

35 Liberi professionisti: le coperture per i primi 30 giorni di malattia

36 Lavoro e malattia, orari e controlli: come funzionano le visite mediche

ATTUALITÀ

37 Riforma Schillaci. La riforma mette in pericolo la medicina generale e L'ENPAM

38 Prelazione ai figli di medici e odontoiatri nello studentato olimpico a Milano

38 Spesa sanitaria al 6,3% del Pil, triplicati gli iscritti ai fondi sanitari.

39 Quota capitaria negativa

41 Il bar dell'ospedale.

43 Capire il fegato per proteggere il cuore

44 Cellule staminali e "cure miracolose".

45 Allarme degli scienziati: sui social dagli influencer consigli medici fuorvianti e rischiosi

STORIA DELLA MEDICINA

47 I padri veronesi della medicina. Rassegna storico-etica Giovanni d'Arcole (Arcolano). Un medico veronese tra Bologna, Padova e Ferrara

49 Il ruolo della rivista QQ nella tradizione delle riviste mediche italiane e internazionali

52 GIAN VERARDO ZEVIANI MEDICO VERONESE 1725 - 1808 nel trecentesimo della nascita.

57 Il Medico condotto

60 MASADA: TRA STORIA, MITO E VERITÀ NASCOSTA

ENPAM

62 Un'iscrizione per due: via libera all'accordo SaluteMia-FondoSanità

63 Mutui Enpam 2026, 30 milioni per casa e studio

SINDACATI MEDICI

64 Enrico Peterle nuovo segretario della Fimmg Veneto

65 Pazienti "fantasma".

LIBRI RICEVUTI

66 Sanità e Sociale in Veneto

ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VR

NUOVO ORARIO DI APERTURA DELLA SEGRETERIA DELL'ORDINE (dal 10 GIUGNO 2024)

Lunedì	dalle ore 9,00 alle ore 13,00
Martedì	chiuso
Mercoledì	dalle ore 9,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,30 alle ore 17,00
Giovedì	chiuso
Venerdì	dalle ore 9,00 alle ore 13,00
Sabato	chiuso

Rammentiamo che le pratiche ENPAM, si svolgeranno nei giorni di Lunedì e Mercoledì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 su appuntamento.

Verme “padano”, ossiuri e povertà estreme

Tra gli ospiti della casa di Riposo dove lavoro, ce n'è uno che ha 66 anni. È lì perché vive da solo, non ha parenti prossimi, ed ha la sfortuna di avere localizzazioni ossee da mieloma.

Sta eseguendo chemioterapia ed è seguito dagli ematologi.

Recentemente il suo emocromo presenta eosinofilia e la cosa mi ha richiamato alla mente un corso di aggiornamento sui “problemi di salute degli immigrati”.

Si parlava di malaria, tubercolosi e AIDS, ma ad un certo punto il relatore ci mostrò una serie di casi clinici per i quali, ci chiedeva una possibile diagnosi che potesse comprenderli tutti. Il primo caso era un prurito “sine materia”, poi un'asma con attacchi notturni, una rettocolite che non migliorava con l'assunzione di mesalazina, un linfoma che durante il trattamento chemioterapico si complicava fino all'exitus ed infine l'astenia di un anziano signore, con importante calo ponderale, per la quale l'ammalato aveva confidato al relatore di sospettare che la moglie stesse tentando di avvelenarlo.

In tutti i casi illustrati, ci diceva, era presente l'eosinofilia.

In sala nessuno, tranne una collega che come me ormai non era più giovanissima, seppa azzardare la risposta corretta.

Il responsabile di tutti i casi presentati era un verme che credevamo di dover classificare come “malattia tropicale” e che invece, ci disse il relatore, non era affatto raro trovare nelle persone di una certa età residenti nella nostra “Padania”.

Il verme (il termine tecnico è elminta) si chiama *Strongiloides Stercoralis* e ha la capacità di moltiplicarsi nell'ospite umano in maniera tale che, se non trattata, l'infestazione dura tutta la vita.

Il contagio si acquisisce per contatto (in genere mani o piedi) con il terreno

contaminato dalle feci dei portatori.

Le larve filariformi, che causano l'infestazione, passano attraverso cute o mucose, raggiungono per via ematica i polmoni, penetrano negli alveoli, risalgono l'albero bronchiale e, deglutite, raggiungono l'intestino dove si trasformano in vermi adulti (circa 2 mm. di lunghezza) e si riproducono.

Qui le femmine depongono le uova che vengono disseminate con le feci nel terreno, ma che possono anche schiudersi all'interno dell'intestino ed in questo caso ri-atteverano la mucosa intestinale e guadagnano la via ematica dando origine ad un nuovo ciclo infestante.

Chi non viene trattato rimane portatore a vita.

E quando sviluppa una immunodepressione, sia essa conseguenza di una malattia o di un trattamento medico (come nel caso del linfoma che ci aveva illustrato), si può arrivare all'exitus.

Perché nell'immunodepresso si ha sviluppo e disseminazione di un gran numero di larve che invadendo massivamente l'organismo ospite possono portare alla morte.

Spia dell'infestazione e denominatore comune dei casi di infestazione: l'eosinofilia.

Le persone colpite hanno in genere sessanta o più anni, hanno passato l'infanzia in campagna e magari, durante l'estate usavano camminare in campagna a piedi scalzi o comunque a quell'età si poteva far risalire un qualche loro contatto diretto con il terreno umido.

Perché è proprio quella è la modalità di contagio più frequente.

E la nostra “padania” con le sue risaie e con l'umidità del suolo è un habitat ideale per il verme.

Ieri pomeriggio, mi ha chiamato un paziente che seguivo quando facevo il medico di famiglia.

Si era accorto che nelle feci c'erano

dei “cosini” bianchi che si muovevano.

Mi è venuta in mente l'infestazione da ossiuri (ne ho curate tante quando da giovane medico seguivo anche i bambini, perché allora il pediatra di libera scelta non c'era).

Così gli ho chiesto se accusava anche il prurito anale.

Mi ha risposto che lui non ce l'aveva, ma ad averlo erano la moglie e la figlia giovane, e che, comunque di quei “cosini” ne aveva raccolto uno e che me lo voleva mostrare.

Siccome ero in Casa di Riposo e a quell'ora c'era con me anche una dottoressa giovane che da qualche tempo ci lavora anche lei, gli ho detto di venirmelo a mostrare.

La dottoressa ha così visto per la prima volta un ossiuro e ha voluto scattargli la foto che vedete qui sotto.



Ossiuri. L'esemplare mostrato.

Mi sono sentito ringiovanito. Mi pareva di essere tornato ai tempi delle visite da medico di famiglia.

Ma mi è venuta in mente anche una visita fatta ad una bambina in Ghana. La sua mamma mi raccontava che era l'unica ancora viva dei tre bambini che aveva avuto dal marito che faceva il contadino ed il pescatore in un villaggio vicino a Biriwa. Gli altri due erano morti per la febbre alta (proba-

bilmente malaria). La bambina aveva una ulcerazione ad una guancia ed a suggerirmi la diagnosi (che da solo non avrei mai indovinato) era stato William, l'infermiere che lavorava con me al Baobab Medical Center dove prestavo la mia opera. Si trattava di NOMA (stomatite gangrenosa).

Che William mi diceva da loro qualcuno la chiamava "ciwon iska", malattia degli spiriti, perché le credenze diffuse volevano che avesse a che fare con gli spiriti cattivi e le maledizioni; ed i bambini malati arrivavano al centro medico quando era tardi e le lesioni ormai quasi incurabili.

Siccome mi ero portato il libro di malattie infettive e tropicali me la sono andata a rivedere, scoprendo che la malattia una volta c'era anche da noi in Europa, all'inizio del secolo scorso. Gli ultimi casi si erano registrati nei campi di concentramento di Bergen-Belsen e Auschwitz e che dopo di allora se ne erano visti pochi dopo terapie immunosoppressive intense e prolungate o in persone malate di AIDS.

Nei paesi africani NOMA si associa spesso alla malnutrizione, specie quella proteica. La malattia insorge come un'ulcera gengivale, che all'inizio può essere facilmente trattata con disinfettanti locali, antibiotici e miglioramento dell'apporto nutritivo.

Quando non si agisce l'ulcera si estende velocemente alla guancia o al labbro, provoca il distacco dei tessuti morti e frammentazione dell'osso e dei denti esposti. coinvolge talora l'intera profondità della guancia e una volta scomparsa la crosta, rimane un buco.

Per eliminare le cause del NOMA basterebbe migliorare le condizioni igienico sanitarie, una migliore nutrizione e lo sradicamento della povertà.

Il WHO stima che l'incidenza annuale di malattia sia nei paesi subsahariani di circa 140.000 casi ogni anno con una mortalità che varia tra il 70 e l'80%. Si tratta di dati che sottostimano la malattia perché questa è vissuta come una punizione e le famiglie colpite tendono nascondere i figli malati per cui non più del 10% dei casi si rivolge al medico.

Da noi fare il medico significa soprattutto occuparsi di malattie degenerative e metaboliche legate all'età e all'alimentazione (eccessiva).

NOMA è una malattia delle situazioni opposte. È l'ulcera della povertà estrema, e dell'ignoranza.



Bimba affetta da Noma (e malnutrizione)

A ricordarci che certe patologie potrebbero coinvolgere anche noi, ci pensano il verme padano, gli ossiuri e qualche altra infestazione che pensavamo retaggio del passato. Che potevano vedere solo i medici che ci hanno preceduto, quando la malnutrizione era presente anche da noi, specie nel periodo postbellico, quando con gli aiuti del piano Marshall arrivavano in Italia le derrate di latte in polvere e il DDT da usare nelle campagne dove c'era la malaria.

Abbiamo dimenticato in fretta. Per cui... pensiamoci: non siamo poi così lontani dai tropici.

ROBERTO MORA

SERVIZI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI DI VERONA

OFFERTI AGLI ISCRITTI

L'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Verona (OMCeO VR) mette **gratuitamente** a disposizione dei suoi Iscritti, per problematiche relative all'attività professionale, le seguenti consulenze:

CONSULENZA MEDICO LEGALE (Dott.ssa Federica BORTOLOTTI)

La consulenza va richiesta all'indirizzo di posta elettronica: federica.bortolotti@univr.it

CONSULENZA E.N.P.A.M. (Segreteria OMCeO VR - Dott.ssa Daniela BERTOL)

La consulenza si espleta presso la sede dell'OMCeO VR, previo appuntamento telefonico richiesto al n. tel. 045 8006112, nelle giornate di lunedì e mercoledì.

CONSULENZA FISCALE (Dott.ssa Monica NARLINI)

Previo appuntamento telefonico richiesto al n. tel. 045 8006112

NOI NON CI OCCUPIAMO DI
MEDICINA:

ASSICURIAMO I MEDICI!

- RC Professionale e Colpa Grave per tutte le specialità
- Tutela Giudiziaria con libera scelta del legale
- Polizze infortuni anche per i rischi epatite e HIV

**SIAMO AL VOSTRO FIANCO DA
OLTRE 20 ANNI**

CONTATTI

telefono **045 84 03 520**

whatsapp **335 155 23 79**

mail **infomedici@aemme-servizi.it**

sito **www.nonsoloassicurazioni.it**



**POLIZZE PER
POLIAMBULATORI
RSA
STUDI ODONTOIATRICI**

Aemme Servizi Assicurativi e
Finanziari Società Cooperativa
C.F e P.IVA 04551810239
Via Fiumicello 5 - 37131 - Verona
Iscrizione RUI Ivass B000604006
del 15/06/2018

Verbali del Consiglio e delle Commissioni

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 28 GENNAIO 2026

Presenti: A. Guglielmi, G. Rigon, A. Tomezzoli, G. Accordini, D. Brunelli, L. Buono, G. Carrara, R. Castellani, P. Cirillo, M. Corbellini, L. Cordioli, I. Dal Dosso, F. Orcalli, M. Perina, G. Petrilli, F. Moretti, avv. D. Gobbi, avv. M. Scramoncin

Assenti giustificati: C. Pastori, A.M. Musso, V. Braga, S. Bortoletti

1) Comunicazioni del Presidente

Il Presidente invita il Prof. Krampera a presentare il convegno del 30/01 dal titolo "I NUOVI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA) DELLA RETE EMATOLOGICA VENETA (REV)" e il collega illustra il suo ruolo di coordinatore del gruppo regionale; inoltre, i PDTA grazie alla multidisciplinarietà degli interventi, coinvolgeranno non solo le aziende ospedaliere ma anche le strutture territoriali e della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta.

Il Presidente aggiorna il Consiglio sui convegni patrocinati dall'Ordine; in particolare il convegno organizzato dalla CAO dal titolo: "Pubblicità e informazione sanitaria, direzione sanitaria, autorizzazione ed esercizio in STP", quello organizzato dal Dott. Cirillo referente della Commissione Salute e Ambiente: "Che aria respiriamo" relativa l'inquinamento atmosferico e i rischi per la salute, tenuto nella 3^a circoscrizione con ampia partecipazio-

zione dei cittadini; il prossimo convegno sull'IA organizzato dall'Ospedale Sacro Cuore di Negrar dal titolo "Intelligenza Artificiale in Sanità. Attualità e prospettive future"; e il convegno organizzato dall'Ordine dei Medici di Venezia il 17/01.

OMISSIS.....

Il Presidente comunica al Consiglio la necessità di rinnovare il contratto per un anno, all'addetta stampa Dott.ssa Laura Perina che è sempre stata puntuale e precisa nell'attività svolta per l'Ordine negli argomenti e negli articoli pubblicati, e nella redazione della newsletter.

Il Consiglio approva all'unanimità.

Il Presidente comunica la situazione del personale di segreteria e futura sostituzione della dipendente Rossanna Maffioli responsabile fino al 31/12/2025. A questo proposito informa il Consiglio di aver preso contatto con alcune figure professionali dell'Università per subentrare al suo ruolo. Il Consiglio delega il Presidente per procedere nella valutazione delle candidature e di seguire le procedure per eventuale comando. Il Consiglio approva all'unanimità.

2) Approvazione verbale precedente

Il Consiglio visto il verbale precedente, lo approva all'unanimità.

3) Comunicazioni del Tesoriere

Il Segretario in assenza del Tesoriere illustra le delibere amministrative dei mesi di settembre-ottobre-novembre 2025 ed evidenzia le spese più salienti dello scorso anno, fra cui gli stipendi e le spese condominiali.

OMISSIS...

Il Segretario informa il Consiglio che è scaduto il contratto dell'impresa di pulizie in essere e che bisognerà fare una manifestazione di interesse e pubblicarla nell'area amministrativa trasparente per 15-20 gg, con la richiesta che i fornitori possono anticipatamente venire a visionare gli uffici per quantificare i preventivi da inoltrare all'OMCEO.

Inoltre, è necessario nominare il RUP provvisorio al posto della sig.ra Maf-

fioli – sig.ra A. Pasqualotto, in mancanza della sig.ra Pasqualotto, avrà nomina di RUP provvisorio la sig. Virna Giampieri, e per valutare i preventivi si chiede il supporto degli avvocati Gobbi e Scramoncin.

Il consiglio approva all'unanimità.

Il dipartimento per la trasformazione digitale del Consiglio dei ministri ha proposto alla FNOMCeO di integrare il piano operativo per l'interoperabilità degli Albi Unici Nazionali, già approvato dal Consiglio, con il progetto IT WALLET NAZIONALE. Questo progetto finanziato con i fondi del PNRR è finalizzato a consentire agli iscritti agli Albi Territoriali, di aggiungere al portafoglio dell'APP "IO" (applicazioni dei Servizi Pubblici) la versione digitale del proprio tesserino professionale, al fine di garantire l'uniformità dei tesserini di riconoscimento dei Medici e degli Odontoiatri a livello nazionale. L'Ordine ha la possibilità di aderire senza alcun onere a suo carico. Il Consiglio approva.

4) Relazioni commissioni

Il Presidente dà la parola al dott. Orcalli che illustra al Consiglio la comunicazione preparata dalla commissione Cultura "L.Vettore" riguardante la questione COVID19 e il comportamento dell'Ordine durante la pandemia. Si ritiene che il gruppo di lavoro abbia redatto un documento significativo e utile a fugare ogni dubbio, che verrà diffuso attraverso i canali istituzionale (sito e newsletter) a tutti gli iscritti, (e allegato al presente verbale), in accordo con tutto il Consiglio. La Commissione Territorio Ospedale chiede che il dott. Marco Luciano, Direttore della Funzione Ospedaliera ULSS 9, sostituisca la dott.ssa Cofele, in rappresentanza della direzione sanitaria.

5) Iscrizioni e cancellazioni

A seguito della relazione del Dott. Cordioli, vengono deliberate le seguenti nuove iscrizioni e cancellazioni:

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI CHIRURGHI

Prima Iscrizione:

Dott. DE MARCHI Emilio
Dott.ssa VALENTE Carlotta

Reiscrizione:

Dott. ZAMO' Alberto

Iscrizione per trasferimento:

Dott.ssa SABATELLI Marianna da
Omceo Brindisi

Cancellazioni per trasferimento:

Dott. ROMANO Giuseppe Vs Omceo
Salerno

Cancellazioni per decesso:

Dott. BALLARINI Carlo
Dott. FERRARI Giuseppe
Dott. CAMPANARI Vincenzo
Dott. GUARISE Alessandro
Dott. MORANDINI Achille
Prof. NICOLI Nicola
Dott. PICCOLI Paolo
Dott. TRIGILIO Aurelio

Cancellazioni su richiesta:

Dott. ANDONI Genti
Dott.ssa BASCHIROTTO Cinzia
Dott.ssa DI VIRGILIO Ennia
Dott.ssa MURARI Maria Grazia
Dott.ssa SPANTI Letizia

Iscrizione STP

SMAL SRL Società tra Professionisti

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

ODONTOIATRI

Prima Iscrizione:

Dott. BALLARINI Luca
Dott.ssa CARCERERI DE PRATI Rachele
Dott.ssa REYTOR ORTEGA Yaikelin

Cancellazioni su richiesta:

Dott. CHIAMENTI Luigi
Dott.ssa CORRIDORI Elena
Dott. RONCOLATO Gian Carlo

Cancellazioni per decesso:

Dott. PICCOLI Paolo

6) Varie ed eventuali

Il Presidente informa il Consiglio sulla questione della delibera regionale dopo che tutti gli Ordini del Veneto hanno presentato un ricorso al TAR **28 ottobre 2025** viene impugnata davanti TAR Veneto la delibera della

Giunta Regione Veneto pubblicata lo 01/08/2025 (esercizio temporaneo di attività lavorativa in deroga al riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie conseguite all'estero).

26 novembre 2025 il TAR in accoglimento della istanza **SOSPENDE** la delibera impugnata nella **"parte relativa alla stipula del contratto di lavoro subordinato con il personale medico in oggetto di reclutamento ed alla conseguente immissione in servizio del medesimo personale"**. In pratica il Tar considerata la situazione delle strutture sanitarie venete e le relative gravi carenze di personale consente di andare avanti con le procedure in deroga ma ne impedisce la conclusione e l'immissione in servizio dei professionisti con titolo estero. Viene fissata l'udienza il **26 febbraio 2026**.

12 gennaio 2026 il direttore generale **Annichiarico** scrive presidenti degli ordini provinciali: in aderenza alle indicazioni del Presidente del corso della Camera di Consiglio trasmettiamo in allegato la bozza dell'avviso pubblico per la procedura di reclutamento di medici stranieri per il pronto soccorso, procedura oggetto di impugnazione. Prima dell'approvazione ove sia di interesse attendiamo entro martedì 21 gennaio eventuali osservazioni e suggerimenti che potranno essere valutati prima della definitiva pubblicazione.

23 gennaio l'Avv. Colavitti ci invia copia della memoria depositata ieri ai fini dell'udienza del Tar del 26 febbraio prossimo. Ci ricorda che la fase cautelare si era conclusa con un accoglimento parziale della nostra istanza e con la sospensione della delibera impugnata nella parte relativa alla stipula del contratto lavoro subordinato con il personale medico oggetto di reclutamento ed alla conseguente immissione in servizio del medesimo personale. Ci invita a segnalare tempestivamente eventuali formali adozioni e pubblicazioni di un nuovo avviso al fine di valutare insieme con voi una eventuale impugnazione con motivi aggiunti.

Il Consiglio dopo aver preso atto di quanto descritto, approva all'unanimità. Il Presidente chiede al Consiglio se sia necessario che il Dott. Mora, direttore responsabile di Verona Medica, sia coperto da idonea assicurazione per

la responsabilità di competenza, anche in vista di una revisione del Comitato di Redazione e della rivista nel suo complesso.

Il Consiglio approva all'unanimità.

La dott.ssa Perina informa il Consiglio della possibilità, in caso di necessità, di potersi avvalere della collaborazione di un esperto in STP per meglio valutare le domande di iscrizione, che pervengono all'Ordine. Il Consiglio approva.

Il Dott. Cordioli chiede che il Consiglio si esprima sulla possibilità di invitare, in data da definire ma almeno due volte l'anno, le sigle sindacali. Il consiglio approva e dà mandato al collega Cordioli di procedere con la programmazione.

Il Dott. Carrara informa il consiglio della ottima risposta da parte di medici e odontoiatri alla proposta dell'Ordine di un corso BLS-D in collaborazione con l'AOUI. Le richieste sono molte e a breve partiranno i primi corsi. Inoltre, si ritiene utile organizzare un incontro con i rappresentanti ENPAM per quanto riguarda la libera professione e le questioni pensionistiche. Il Consiglio approva.

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 25 FEBBRAIO 2026

Presenti: A. Guglielmi, G. Rigon, C. Pastori, G. Accordini, D. Brunelli, L. Buono, G. Carrara, R. Castellani, P. Cirillo, M. Corbellini, L. Cordioli, I. Dal Dosso, AM. Musso, F. Orcalli, M. Perina, G. Petrilli, V. Braga, S. Bortoletti, F. Moretti.

Assenti giustificati: A. Tomezzoli

1) Comunicazioni del Presidente

Il Presidente comunica alcune notizie riguardanti l'attività dell'ordine:

- Firmata in data odierna la convenzione tra Ordine dei Medici di Verona e AOUI per l'attivazione e l'erogazione di attività formative nel campo dell'Emergenza - Urgenza (corsi BLS-D). Tale evento ha avuto note-

vole successo tra i medici, odontoiatri iscritti al nostro Ordine.

- A partire dal 1° marzo 2026 si avvierà nella provincia di Verona la sperimentazione sulla nuova modalità di certificazione della disabilità all'INPS. Tale procedura sarà attiva su tutto il territorio dal 1° gennaio 2027. Dopo l'incontro presso la sede dell'Ordine con il dott. Petrosino, direttore della Divisione provinciale di Verona e la dott.ssa Galasso, Dirigente Medico INPS Verona, si è concordato di organizzare un incontro formativo il 5 marzo in Sala Fazzini in modalità mista per illustrare ai colleghi la nuova modalità di compilazione del "certificato medico introduttivo".

2) Approvazione verbale precedente

Viene approvato il verbale precedente all'unanimità del Consiglio.

3) Varie ed eventuali

- Il presidente riferisce sul recente Consiglio Nazionale FNOMCEO tenuto a Roma il 20 febbraio 2026. Il Presidente Anelli ha portato all'ordine del giorno tre mozioni, approvate all'unanimità del consiglio. La prima era relativa ai fatti accaduti a Ravenna il 13/02/2026 sul fatto dei colleghi indagati per le valutazioni sanitarie sulle persone migranti a rischio di detenzione nei centri di permanenza per i rimpatri (CPR). Il Presidente esprime solidarietà agli OMCEO della Regione Emilia Romagna e ribadisce la netta distinzione tra funzione sanitaria e funzione di sicurezza e auspica che si possa rivedere l'intera procedura relativa al trasferimento nei CPR nonché la valutazione clinica del medico che deve riguardare esclusivamente lo stato di salute dell'individuo e non costituire atto autorizzativo.
- La seconda mozione è relativa ai recenti progetti normativi del MUR che aprirebbero alla prescrizione da parte degli infermieri. Il Consiglio Nazionale della FNOMCEO approva la richiesta di modificare lo schema del decreto del MUR sulle nuove lauree magistrali delle professioni sanitarie e di sostituire all'attuale formulazione di "prescrivere" con la nuova formulazione di

"richiedere" trattamenti assistenziali quali presidi sanitari, ausili, e tecnologie specifiche in esito alla diagnosi del medico e dopo la sua prima prescrizione.

- La terza mozione riguarda l'Autonomia Differenziata delle Regioni, che il Consiglio dei Ministri ha approvato con intesa preliminare con Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto. Il Consiglio Nazionale FNOMCEO ha espresso estrema attenzione per gli scenari che si delineano a seguito dell'approvazione dell'autonomia differenziata da parte del Parlamento, ed esprime contrarietà riguardo l'ipotesi di devoluzione alle Regioni della normativa sulle professioni e per quanto ci riguarda sulle professioni sanitarie e chiede che venga rimossa dagli schemi di intesa preliminare la materia relativa alle professioni. Viene dato mandato al Comitato Centrale della FNOMCEO di mettere in atto ogni iniziativa di confronto e proposta con il Governo e le Regioni per rappresentare tale proposta.

Aggiornamento su ricorso TAR e medici stranieri: in molti ordini arrivano segnalazioni di medici stranieri reclutati senza un passaggio formale dagli ODM; recentemente due casi a Treviso e Belluno, siamo in attesa di conoscere l'esito del ricorso al TAR fatto qualche mese fa da tutti gli ordini del Veneto.

Il Presidente informa il Consiglio sulle nuove modalità attuative della legge Gelli; per questo l'Ordine organizzerà ad aprile un evento per tutti i medici interessati.

Il Presidente riferisce dell'ottimo risultato del convegno sull'AI (Intelligenza Artificiale in Sanità: attualità e prospettive future, organizzato dal dott. D. Brunelli presso la sala Fazzini il 31/01/2026) e dell'incontro di presentazione delle misure sanitarie per le Olimpiadi a Verona, organizzato nell'ambito ciclo di incontri "UniVerso i Giochi di Milano-Cortina 2026", venerdì 30/01/2026.

Dott. Orcalli propone la possibilità che i colleghi possano usufruire di un corso ECM (10 crediti) sull'IA organizzato

per fare sì che tutti abbiano le basi per iniziare a fronteggiare l'argomento.

Dopo una discussione il Consiglio approva la possibilità di fare il corso per tutti i medici (con un massimo di 2000 iscritti) nelle prossime settimane e disponibile fino al 31/12/2026.

Il Dott. Cordioli pone l'attenzione sull'IA nel non farsi travolgere da essa ma di usarla nel modo corretto ponendo il focus sul valore del medico.

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 25 MARZO 2026

Presenti: A. Guglielmi, G. Rigon, C. Pastori, G. Accordini, L. Buono, G. Carrara, R. Castellani, P. Cirillo, L. Cordioli, I. Dal Dosso, F. Orcalli, M. Perina, G. Petrilli, S. Bortoletti, F. Moretti.

Assenti giustificati: A. Tomezzoli, D. Brunelli, M. Corbellini, A.M. Musso, V. Braga

Il Presidente, prima dell'apertura della seduta del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Verona, presenta ai componenti del Consiglio la Dott.ssa Elisabetta Fantoni, individuata quale nuova Responsabile Amministrativa della Segreteria dell'Ordine con elevata professionalità.

Il Presidente informa che la dottoressa prenderà servizio a decorrere dal 1° aprile p.v., in posizione di comando dall'Università degli Studi di Verona, per la durata di un anno.

La Dott.ssa Elisabetta Fantoni, intervenendo, ringrazia per la presentazione e manifesta la propria disponibilità a svolgere con impegno e responsabilità l'incarico affidatole.

Dopo un breve saluto ai presenti, la Dott.ssa Fantoni lascia la seduta.

Il Presidente comunica quindi al Consiglio che il contratto relativo alla nuova Responsabile Amministrativa è attualmente in fase di definizione presso il consulente del lavoro e che, una volta completati i necessari adempimenti amministrativi, si procederà alla relativa sottoscrizione.

Il Presidente Prof. Guglielmi, coadiuvato dal Segretario Dott. Rigon, verificata la presenza del numero legale di partecipanti, alle ore 20.15 apre la seduta del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Verona presso la sala riunioni dell'ordine in Via Locatelli, 1 - Verona per esporre e trattare i punti del seguente ordine del giorno:

- 1) Comunicazioni del presidente
- 2) Approvazione verbale seduta del 25/02/2026
- 3) Iscrizioni e cancellazioni
- 4) Comunicazioni del tesoriere
- 5) Varie ed eventuali

1.a) Il Presidente comunica al Consiglio le nuove date dei prossimi consigli e delle assemblee per il preventivo e il consuntivo del bilancio dell'ordine.

...OMISSIS...

1.d) Il Presidente riferisce al Consiglio in merito all'incontro tenutosi a Venezia con l'Assessore Prof. Gino Gerosa sul tema delle Case di Comunità, precisando che si tratta del secondo invito nell'arco dell'ultimo mese sul medesimo argomento. All'incontro sono stati invitati i Presidenti di tutti gli Ordini provinciali, nonché i rappresentanti sindacali regionali dei medici, dei farmacisti e degli infermieri.

Al termine della riunione è stato concordato con l'Assessore Gerosa di organizzare un incontro a Verona, nella sede dell'Ordine, con una rappresentanza sindacale dei colleghi medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti summaisti e i componenti della commissione Ospedale e Territorio dell'Ordine, al fine di presentare un progetto relativo alla digitalizzazione del CUP. Tutti i Consiglieri sono invitati a partecipare.

Il Dott. Cordioli sottolinea l'importanza della disponibilità alla collaborazione dimostrata dall'Assessore regionale, auspicando che ciò possa favorire l'instaurarsi di un rapporto istituzionale proficuo, utile ad agevolare i medici nelle future questioni sanitarie.

Inoltre, il Dott. Cordioli ricorda che a Villafranca la nuova Casa di Comunità è stata donata da un benefattore all'ASL 9; attualmente ospita i servizi distrettuali e sarà a breve oggetto di

inaugurazione nei nuovi spazi.

1.e) Il Presidente riferisce al Consiglio dell'incontro avvenuto con il Dirigente Scolastico Prof.ssa Mariangela Icarelli del Liceo "Galilei" di Verona, finalizzato all'attivazione di un nuovo percorso per gli studenti, denominato "B-MED". Nel corso della riunione è stato presentato il piano formativo destinato agli studenti, nonché la bozza di convenzione che sarà a breve sottoscritta e successivamente illustrata nell'ambito di una conferenza stampa dedicata al progetto scolastico. Il Consiglio esprime apprezzamento per l'iniziativa, ritenendola di interesse, e approva l'adesione al percorso.

1.f) Il Presidente ricorda ai colleghi la richiesta pervenuta da due associazioni, Smile e Refugee Homeless, finalizzata all'erogazione di cure odontoiatriche a favore di minori non abbienti. Le associazioni segnalano, in particolare, la necessità di individuare spazi idonei per l'effettuazione delle visite, nonché la disponibilità di eventuali collaboratori.

Il Dott. Luca Buono evidenzia che, presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona, potrebbero essere messi a disposizione; segnala inoltre la disponibilità di ulteriori ambienti all'interno dei distretti sanitari. Il Consiglio prende atto e dà mandato ai colleghi odontoiatri di riferire al prossimo consiglio in merito ad eventuali aggiornamenti.

Il Presidente ricorda al Consiglio che il verbale della seduta di 25 febbraio 2026 è stato anticipato via email a tutti i componenti il Consiglio.

Il Presidente, non essendo pervenuta alcuna osservazione in merito al verbale della seduta in oggetto, comunica al Consiglio che lo stesso deve intendersi approvato.

Il Consiglio approva all'unanimità.

3) Iscrizioni e cancellazioni

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI CHIRURGHI

Prima Iscrizione:

Dott. BARION Riccardo
Dott.ssa BOATO Irene
Dott. BOLLA Emil
Dott.ssa RUFFO Laura
Dott. GASPARINETTI Gabriele
Dott.ssa GIULIARI Selene
Dott. GRASSANO Antonio
Dott.ssa MORANI Chiara
Dott.ssa MORETTO Alice
Dott. NICOLIS Isacco
Dott. PASSONI Nicolò
Dott. PLACCHI Luca
Dott.ssa QUAGLIATO Maria Vittoria
Dott.ssa RACCONTO Anna
Dott.ssa RANDAZZO Maria
Dott. RIGO Giacomo

Reiscrizione:

Dott.ssa NASO Carolina Giselle

Iscrizione per trasferimento:

Dott. PEZZARINI Vanni da OMCeO Udine

Cancellazioni per decesso:

Prof. FANCHIOTTI Gian Luigi
Dott. SERRIPIERRO Adolfo

Cancellazione su richiesta:

Dott.ssa BACCICONI Marina

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

ODONTOIATRI

Cancellazione su richiesta:

Dott. DESTO Edo

Il Consiglio all'unanimità approva.

Al termine della lettura, il Dott. Cordioli riferisce alcuni spunti emersi all'interno della Commissione Pubblicità. In particolare la commissione ritiene opportuno che le tematiche affrontate siano valide e sia per la pubblicità dei medici sia degli odontoiatri.

Alla luce di quanto emerso da una recente segnalazione, si propone inoltre che il Presidente, su mandato della Commissione, incontri i referenti delle due società che hanno utilizzato messaggi non conformi, al fine di richiamarle a un comportamento coerente con le buone pratiche in materia di pubblicità sanitaria.

....OMISSIS....

5.a) Il Presidente dà la parola al Dott. Giorgio Carrara, il quale richiama il patrocinio già concesso dal Direttivo alla serata "Speranza e Futuro", in programma per il prossimo 14/05, curata dal Dott. Cesaro, nel corso della quale saranno presentati nuovi progetti di ricerca relativi alle malattie oncoematologiche pediatriche.

5.b) La Dott.ssa Michela Perina riferisce la soddisfazione della Commissione Libera Professione per l'esito del corso BLSD. Inoltre, ricorda che, per l'ottenimento delle credenziali per la ricetta dematerializzata in fascia C, i colleghi possono rivolgersi alla Segreteria dell'Ordine. Sottolinea, infine, l'opportunità di dare ampia diffusione a tale informazione, anche tramite il sito istituzionale e la newsletter.

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DELL'8 APRILE 2026

Addì **08 Aprile 2026**, alle ore **20:00**, previa convocazione avvenuta con e-mail della Segreteria dell'Ordine del giorno 2 aprile 2026, si riunisce in modalità telematica il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Verona. Presiede Presidente Prof. Guglielmi. Esercita le funzioni di Segretario Dott. Rigon.

Partecipa alla seduta anche la Responsabile della segreteria dell'Ordine, la Dott.ssa Elisabetta Fantoni, per dare supporto nella gestione della seduta del Consiglio Direttivo.

Sono convenuti i sotto elencati componenti il Consiglio Direttivo:

Presenti: A. Guglielmi, A. Tomezzoli, G. Rigon, C. Pastori, G. Accordini, L. Buono, G. Carrara, R. Castellani, P. Cirillo, M. Corbellini, L. Cordioli, I. Dal Dosso, AM. Musso, F. Orcalli, M. Perina, G. Petrilli, V. Braga, S. Bortoletti, F. Moretti.

Assenti giustificati: D. Brunelli

Il Presidente Prof. Guglielmi, coadiuvato dal Segretario Dott. Rigon, verificata la presenza del numero legale di

partecipanti. Alle ore 20.00 apre la seduta del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Verona in modalità "online" con l'ausilio della piattaforma Zoom per esporre e trattare i punti del seguente ordine del giorno:

ORDINE DEL GIORNO:

- 1) Comunicazioni del Presidente**
- 2) Approvazione verbale seduta precedente**
- 3) Iscrizioni e cancellazioni**
- 4) Relazione del tesoriere in merito a:**
 - A. Assestamenti al bilancio di previsione 2025**
 - B. Riaccertamenti su residui**
- 5) Approvazione bilancio consuntivo 2025**
- 6) Varie ed eventuali**

1.a) Organizzazione delle professioni sanitarie e degli operatori sociosanitari per l'erogazione delle Attività di specialistica Ambulatoriale dell'AULSS 9

Il Presidente cede la parola alla Dott.ssa Vania Braga, revisore effettivo dell'Ordine e in qualità di medico specialista ambulatoriale.

La Dott.ssa Braga riferisce ai Consiglieri in merito al documento trasmesso dall'ULSS 9 Scaligera (All. 1.a), avente ad oggetto l'organizzazione delle professioni sanitarie e degli operatori sociosanitari nell'ambito dell'attività di specialistica ambulatoriale dell'AULSS 9.

In proposito, la Dott.ssa evidenzia come le determinazioni assunte dall'Azienda siano state adottate in assenza di un preventivo e adeguato coinvolgimento della componente medica, nonché con modalità comunicative ritenute non sufficientemente strutturate. L'intervento in questione si inserisce nel più ampio obiettivo dichiarato dall'AULSS 9 di revisione del modello organizzativo assistenziale degli ambulatori, con conseguente ridefinizione del ruolo e della presenza delle professioni sanitarie e del personale OSS.

Viene altresì rappresentato che, con effetto pressoché immediato, i medici specialisti operanti presso gli ambulatori del distretto AULSS 9 si sono trovati privi del supporto del personale sanitario e degli operatori sociosanitari, con conseguenti rilevanti criticità nella

gestione dell'attività ambulatoriale, integralmente gravante sui medici stessi. La Dott.ssa Braga sottolinea inoltre il mancato coinvolgimento dei professionisti nelle scelte organizzative e il conseguente disagio operativo.

Riferisce infine che, a fronte delle mutate condizioni organizzative, è stata avanzata richiesta di adeguamento dei tempi di visita, al fine di compensare le attività precedentemente svolte dal personale di supporto; tuttavia, le richieste di assegnazione di supporto infermieristico non avrebbero trovato accoglimento.

Il Consiglio esprime unanime solidarietà nei confronti della Dott.ssa Vania Braga per la situazione rappresentata, ritenuta particolarmente critica sotto il profilo organizzativo e professionale.

Il Presidente auspica di poter avere un colloquio con la direzione sanitaria dell'AULSS 9 al fine di verificare la possibilità di individuare soluzioni idonee a rispondere alle esigenze dei medici operanti negli ambulatori specialistici attualmente privi di supporto infermieristico e di personale OSS.

1.b) Corso FAD ECM "DALL'ALGORITMO ALLA CURA: L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE TRA INNOVAZIONE, CLINICA E RESPONSABILITÀ" rivolto a Medici Chirurghi e Odontoiatri

Il Presidente ricorda al Consiglio che l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri aveva sottoscritto un accordo con la società MOTUS ANIMI sas in merito all'erogazione di corsi di formazione "FAD ECM".

Il Presidente lascia la parola al Dott. Francesco Orcalli che condivide con i Consiglieri il programma dell'evento formativo (All. 1.b) rappresentando un'opportunità formativa dedicata a uno dei temi più attuali e trasformativi per la pratica clinica **DALL'ALGORITMO ALLA CURA: L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE TRA INNOVAZIONE, CLINICA E RESPONSABILITÀ**

Un corso FAD ECM rivolto a Medici Chirurghi e Odontoiatri, che offre una panoramica chiara e concreta su come l'Intelligenza Artificiale stia già contribuendo a migliorare la diagnosi, supportare le decisioni cliniche e ottimizzare i percorsi di cura.

Attraverso un approccio pratico e accessibile, il corso approfondisce i principali ambiti applicativi dell'IA — dalla diagnostica alla prognosi — integrandoli con gli aspetti etici e il quadro normativo di riferimento (AI Act, GDPR), fondamentali per un utilizzo consapevole in ambito sanitario.

- 10 ore di formazione
- 10 crediti ECM
- Modalità FAD asincrona (fruibile online in qualsiasi momento)
- Periodo di accesso: **dal 1° maggio 2026 al 30 aprile 2027**

Docenti:

- Francesco Marino – esperto di Intelligenza Artificiale
- Avv. Prof. Giuseppe Calogiuri – esperto di diritto sanitario

Moderazione: Federica De Benedetto

Grazie all'iniziativa dell'Ordine dei Medici di Verona, il corso è gratuitamente accessibile a tutti gli iscritti, con un numero massimo di iscrizioni di 2000 partecipanti.

Il Presidente esprime parere favorevole in merito alla proposta, riconoscendone la rilevanza e il significativo interesse.

Il Consiglio prende atto

2) Approvazione verbale seduta del 25/03/2025

Il Presidente ricorda al Consiglio che il verbale della seduta di 25 marzo 2026 è stato anticipato via email a tutti i componenti il Consiglio.

Il Presidente, non essendo pervenuta alcuna osservazione in merito al verbale della seduta in oggetto, comunica al Consiglio che lo stesso deve intendersi approvato.

Il Consiglio approva all'unanimità.

3) Iscrizioni e cancellazioni

Il Presidente informa i Consiglieri che dall'ultima seduta ad oggi, sono pervenute alla Segreteria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri le richieste di nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni; pertanto, si ravvisa la necessità di aggiornare l'Albo dei Medici Chirurghi e l'Albo degli Odontoiatri:

- **visto** il D.Lgs. del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, come modificato dalla Legge 11 gennaio 2018, n. 3, recante "Riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie";
- **visto** il D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221, recante "Approvazione del regolamento per l'esecuzione del D.Lgs.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233";
- **richiamati**, in particolare, gli artt. 3 e seguenti del D.Lgs.C.P.S. n. 233/1946 e gli artt. 4, 10, 11 e 12 del D.P.R. n. 221/1950, concernenti la tenuta degli Albi, nonché i procedimenti di iscrizione, cancellazione e trasferimento;
- **preso atto** delle istanze pervenute agli uffici dell'Ordine, corredate dalla documentazione prevista dalla normativa vigente;
- **verificata** la sussistenza dei requisiti di legge in capo ai richiedenti;

Il Presidente dà la parola al Dott. Lucio Cordioli che elenca la situazione delle iscrizioni, trasferimenti e cancellazione degli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e all'Albo degli Odontoiatri

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI CHIRURGHI

Prima Iscrizione:

Dott. MACCARI Matteo
Dott.ssa PINO Federica
Dott. SANTINATO Sebastiano
Dott.ssa ZUSI Laura

Iscrizione per trasferimento:

Dott.ssa ABSEKAVA Katsiaryna da OMCeO Brescia
Dott. CASULA Mauro da OMCeO Cagliari
Dott.ssa DOLCE Cristina da OMCeO Udine
Dott.ssa DORIGO Linda da OMCeO Rovigo

Cancellazione per trasferimento:

Dott.ssa PASINI Valeria Vs OMCeO Firenze

Cancellazione per morosità:

Dott. TAHA Majd

Iscrizione STP:

GP VISION STP SRL

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

ODONTOIATRI

Cancellazione su richiesta:

Dott. BRAZZAROLA Paolo

Il Consiglio all'unanimità

- di **accogliere le domande di iscrizione** all'Albo dei Medici Chirurghi e/o degli Odontoiatri dei professionisti indicati nell'elenco su riportato;
- di **disporre la cancellazione** dall'Albo dei professionisti indicati nell'elenco su riportato, per le motivazioni ivi specificate, ai sensi della normativa vigente;
- di **autorizzare i trasferimenti** di iscrizione da e verso altri Ordini provinciali dei professionisti indicati nell'elenco su riportato, secondo le procedure previste dal D.P.R. n. 221/1950;
- di dare mandato agli uffici competenti di provvedere agli adempimenti conseguenti, ivi comprese le comunicazioni agli interessati e agli enti preposti.

4) Relazione del Tesoriere in merito a:

a. Assestamenti al bilancio di previsione 2025

b. Riaccertamenti su residui

Il Presidente cede la parola alla Dott.ssa Caterina Pastori, Tesoriere dell'Ordine che espone la "Relazione al Bilancio Consuntivo 2025"

In particolar modo si sofferma ad esporre i seguenti punti:

4.a) Assestamento al bilancio di previsione 2025

Il Tesoriere sottopone all'attenzione del Consiglio Direttivo i seguenti assestamenti effettuati ai capitoli del Bilancio Preventivo 2025 di seguito indicati, per i quali la spesa sostenuta è risultata maggiore rispetto a quanto preventivato. La copertura è possibile mediante spostamento di economie di spesa da capitoli con stanziamenti risultati eccedenti e mediante utilizzo dell'avanzo di amministrazione.

Capitolo U-1-01-005 Spese riunioni Consiglio

Assestato per euro 12.676,08

A seguito di Delibera del Consiglio n.

Codice	Descrizione	Previsione di spesa	Variazione in aumento	Variazioni in diminuzione	Previsioni definitive
U-1-01-005	Spese riunioni Consiglio	+€ 110.000,00	+€ 12.676,08		+€ 122.676,08
U-1-06-001	Stipendi e assegni fissi lordi	+€ 258.500,00		+€ 3.000,00	+€ 255.500,00
U-1-08-001	Consulenze: legale, fiscale, paghe	+€ 66.000,00		+€ 9.676,08	+€ 56.323,92
U-1-04-001	Aggiornamento professionale e culturale, convegni, congressi e manifestazioni	+€ 18.150,00	+€ 2.008,98		+€ 20.158,98
U-1-02-001	Spese di rappresentanza	+€ 5.000,00		+€ 2.008,98	+€ 2.991,02
U-1-09-004	Pulizia locali e relativo materiale	+€ 12.000,00	+€ 2.000,00		+€ 14.000,00
U-1-10-002	Assistenza, manutenzione, riparazione attrezzature macchine, mobili	+€ 2.000,00		+€ 2.000,00	+€ 0,00
U-1-14-004	Quota FNOMCEO su tassa annuale di iscrizione	+€ 165.000,00	+€ 4.000,00		+€ 169.000,00
	Utilizzo avanzo amministrazione			+€ 4.000,00	
Totali a pareggio			+€ 20.685,06	+€ 20.685,06	

161/2025 che ha aumentare l'importo del gettone di presenza dei consiglieri della CAO e dei revisori di ulteriori 50 euro, la somma stanziata non è risultata sufficiente a coprire la spesa rendendosi necessario un assestamento prelevando la disponibilità da economi di spesa dei capitoli U-1-06-001 stipendi e assegni fissi lordi per euro 3.000,00 e U-1-08-001 Consulenze legale, fiscale, paghe per euro 9.676,08.

Capitolo U-1-04-001 Aggiornamento professionale e culturale, convegni, congressi e manifestazioni

Assestato per euro 2.008,98, somme derivanti dal capitolo U-01-02-001 Spese di rappresentanza
La spesa per gli eventi formativi erogati attraverso la piattaforma Motus Animi si è rivelata maggiore rispetto all'importo preventivato.

Capitolo U-1-09-004 Pulizia locali e relativo materiale

Assestato per euro 2.000,00 prelevando da capitolo U-1-10-002 Manutenzione Assistenza, manutenzione, riparazione attrezzature macchine, mobili.

Capitolo U-1-14-004 Quota FNOMCEO su tassa annuale di iscrizione

Assestato per euro 4.000,00 derivanti da utilizzo avanzo di amministrazione, per far fronte al versamento del saldo

delle quote alla FNOMCEO maggiore rispetto all'importo preventivato

Il Consiglio approva con 15 favorevoli su 16 presenti e 1 contrario (il Dott. Luca Buono).

4.b) Riaccertamenti su residui

La Dott.ssa Caterina Pastori prosegue nella disamina dei riaccertamenti su residui in previsione dell'Assemblea ordinaria convocata per il 29 Aprile 2026 avente ad oggetto l'approvazione del Bilancio Consuntivo dell'Ente al 31.12.2025 appare necessario portare all'attenzione del Consiglio Direttivo i **RESIDUI ATTIVI** alla data del 31/12/2025 riferiti ai seguenti capitoli:
- Cap. E 1-01-001 - € 1.397,00 – si tratta dell'ammontare delle quote di iscrizione che da una ricognizione risultano ancora presenti in contabilità ma non più esigibili in quanto trattasi di quote di iscritti deceduti

o cancellati per morosità. Alla data del 31/12/2025 risultano quote ancora da incassare per gli anni 2018 euro 660,00 - 2019 euro 338,00 - 2020 euro 438,00 - 2021 euro 175,00 – 2022 euro 340,00 – 2023 euro 340,00 – 2024 euro 6.235,00;
- Cap. E 3-10-011 - € 63,98- si tratta di partite di giro relative al pagamento dell'imposta di bollo virtuale erroneamente riportate in fasi di registrazione;
- Cap. E 3-10-014 - € 177,26 - si tratta dell'ammontare di partite di giro per iva split erroneamente addebitata da fornitori e non più restituita. Si ritiene di non riuscire più a recuperare queste piccole somme che riguardano gli anni 2022-2023-2024.

mentre per quanto attiene i **RESIDUI PASSIVI** non risultano posizioni da rettificare.

A seguito dell'operazione di riaccertamento dei residui, vengono eliminati residui attivi per complessivi € **1.638,24** in quanto inesigibili o non dovuti.

Il Consiglio approva con 15 favorevoli su 16 presenti e 1 contrario (il Dott. Luca Buono).

5) Approvazione al bilancio consuntivo 2025

La seduta del Consiglio Direttivo prosegue con l'approvazione del Bilancio Consuntivo 2025; il Presidente dà la parola al Tesoriere dell'Ordine, la Dott.ssa Caterina Pastori che espone le principali voci di bilancio:

Il dettaglio del Rendiconto Finanziario Gestione competenza per l'esercizio 2025 è allegato alla seguente delibera (All.5.a).

Residui Attivi (dal 2018 al 2024)

		Residui al 31.12.2025 prima del riaccertamento	Residui Inesigibili anno 2024 e prec.	Residui attivi al 31.12.2025 dopo riaccertamento
Tit. I	Cat. I Contributi associativi			
	Cap. E 1-01-001	9.923,00	1.397,00	8.526,00
Tit. III	Cat. I Partite di Giro:			
	Cap. E-3-10-011	765,31	63,98	701,33
	Cap. E-3-10-014	3.769,55	177,26	3.592,29
TOTALE			1.638,24	

VISTO

- il **D.Lgs. C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233**, come modificato dalla **Legge 11 gennaio 2018, n. 3**, recante riordino delle professioni sanitarie e disciplina degli Ordini;
- il **D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221**, recante il regolamento di esecuzione del citato D.Lgs. C.P.S. n. 233/1946;
- i principi contabili applicabili agli enti pubblici non economici;
- il **D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33**, in materia di trasparenza e pubblicità degli atti;

VISTO

- il **bilancio consuntivo dell'esercizio finanziario 2025**, composto da:
 - o Rendiconto Finanziario gestionale nelle due componenti di gestione di competenza e dei residui;
 - o Stato Patrimoniale;
 - o Conto Economico
 - o Nota Integrativa;
 - o situazione amministrativa;
 - o Documentazione contabile di supporto e schemi di dettaglio

PRESO ATTO

- della **relazione del Tesoriere**, illustrativa dei risultati della gestione;

VERIFICATO

- che il bilancio consuntivo è stato redatto nel rispetto dei principi di veridicità, correttezza, attendibilità e trasparenza, nonché dei criteri di competenza finanziaria ed economica, per quanto applicabili;

ACCERTATO

- che la gestione dell'Ente nell'esercizio 2025 si è svolta nel rispetto degli equilibri di bilancio;

RITENUTO

- di dover procedere all'approvazione del bilancio consuntivo ai fini della successiva sottoposizione all'Assemblea degli iscritti;

DELIBERA

1. **di approvare** il bilancio consuntivo dell'esercizio finanziario 2025, nelle risultanze contabili sopra richiamate e negli allegati che ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

2. **di prendere atto** della relazione del Tesoriere;
3. **di dare atto** che il bilancio rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione economico-finanziaria e patrimoniale dell'Ente alla data del 31 dicembre 2025;
4. **di disporre** la trasmissione del presente bilancio all'**Assemblea degli iscritti**, ai sensi del D.Lgs. C.P.S. n. 233/1946 e del D.P.R. n. 221/1950, per la definitiva approvazione;
5. **di demandare** agli uffici competenti ogni adempimento conseguente, ivi compresi gli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n. 33/2013, per quanto applicabili;

Il Consiglio approva con 15 favorevoli su 16 presenti e 1 contrario (il Dott. Luca Buono).

6) Varie ed eventuali

- 6.a) **Nomina del Responsabile Unico del Progetto (RUP) ai sensi del D.Lgs. 36/2023**

RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONE COMPETENZA - ESERCIZIO 2025 - ENTRATE

Codice	Descrizione	Iniziali	Definitive	Riscosse	Rimasti da riscuotere	Totale Accertamenti
A-0	AVANZO DI AMMINISTRAZIONE (presunto)	€ 472.105,53	€ 445.752,95	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
A-1	FONDO DI CASSA (presunto)					
E-1	TITOLO I - ENTRATE CORRENTI					
E-1-01	CATEGORIA I - Contributi associativi	€ 1.099.083,00	€ 1.099.083,00	€ 1.061.151,00	€ 35.965,00	€ 1.097.116,00
E-1-02	CATEGORIA II - Entrate per la prestazione di servizi	€ 3.000,00	€ 3.000,00	€ 1.991,40	€ 51,36	€ 2.042,76
E-1-03	CATEGORIA III - Redditi e proventi patrimoniali	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
E-1-04	CATEGORIA IV - Poste correttive e compensative di spese correnti	€ 15.000,00	€ 15.000,00	€ 14.687,00	€ 0,00	€ 14.687,00
E-1-05	CATEGORIA V - Entrate non classificabili in altre voci	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
	TOTALI TITOLO I E-1	€ 1.117.083,00	€ 1.117.083,00	€ 1.077.829,40	€ 36.016,36	€ 1.113.845,76
E-2-06	CATEGORIA VI - Alienazione beni mobili	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
E-2-07	CATEGORIA VII - Alienazione beni immobili	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
E-2-08	CATEGORIA VIII - Assunzione mutui e prestiti	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
E-2-09	CATEGORIA IX - Riscossione di crediti	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 80.229,03	€ 80.229,03
	TOTALI TITOLO II E-2	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 80.229,03	€ 80.229,03
E-3-10	CATEGORIA X - Entrate aventi natura di partite di giro	€ 157.300,00	€ 157.300,00	€ 328.412,74	€ 26.189,93	€ 354.602,67
	TOTALI TITOLO III E-3	€ 157.300,00	€ 157.300,00	€ 328.412,74	€ 26.189,93	€ 354.602,67
	TOTALE GENERALE Entrate	€ 1.274.383,00	€ 1.274.383,00	€ 1.406.242,14	€ 142.435,32	€ 1.548.677,46
	TOTALE ENTRATE COMPLESSIVE	€ 1.274.383,00	€ 1.274.383,00			€ 1.548.677,46
	Utilizzo dell'avanzo di amministrazione	€ 216.986,53	€ -126.754,63			
	TOTALE GENERALE ENTRATE	€ 1.274.383,00	€ 1.491.369,53			€ 1.675.432,11

NOTIZIE DALL'ORDINE

Il Presidente ricorda ai Consiglieri che il D.Lgs. 36/2023 prevede l'obbligo di nominare il Responsabile Unico del Procedimento (RUP), al fine di garantire che ogni procedura di affidamento o acquisto sia chiara, tracciabile e riferibile alla responsabilità di un soggetto individuato. Ricorda inoltre che, nella seduta del 28 gennaio 2026, a seguito del-

la quiescenza della Sig.ra Rosanna Maffioli, si era resa necessaria la nomina in via provvisoria della Sig.ra Alessandra Pasqualotto quale RUP; in caso di suo impedimento, le funzioni sarebbero state svolte in sostituzione dalla Sig.ra Virna Giampieri.

Poiché, a decorrere dal 1° aprile c.a., la Dott.ssa Elisabetta Fantoni è stata

nominata Responsabile Amministrativa della Segreteria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, la funzione di RUP è attribuita in via definitiva alla Dott.ssa Elisabetta Fantoni.

Il Consiglio approva all'unanimità.

RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONE COMPETENZA - ESERCIZIO 2025 - USCITE

Codice	Descrizione	Iniziali	Definitive	Pagate	Rimasti da pagare	Totale Impegni
P-0	DISAVANZO DI AMMINISTRAZIONE (presunto)	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
U-1	TITOLO I - SPESE CORRENTI					
U-1-01	CATEGORIA I - Spese per gli organi istituzionali	€ 140.100,00	€ 152.776,08	€ 150.370,08	€ 2.406,00	€ 152.776,08
U-1-02	CATEGORIA II - Spese di rappresentanza	€ 25.000,00	€ 29.491,02	€ 20.260,13	€ 7.866,46	€ 28.126,59
U-1-03	CATEGORIA III - Spese per il funzionamento di organi e commissioni	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
U-1-04	CATEGORIA IV - Promozione culturale, convegni, congressi e altre manifestazioni	€ 15.000,00	€ 20.158,98	€ 18.149,98	€ 2.009,00	€ 20.158,98
U-1-05	CATEGORIA V - Spese pubblicazioni, acquisto libri, riviste, e altre pubblicazioni	€ 6.000,00	€ 6.000,00	€ 3.884,38	€ 1.164,80	€ 5.049,18
U-1-06	CATEGORIA VI - Spese per il personale	€ 318.000,00	€ 351.900,00	€ 324.972,48	€ 21.305,09	€ 346.277,57
U-1-07	CATEGORIA VII - Spese per accertamenti sanitari	€ 2.500,00	€ 2.500,00	€ 1.000,00	€ 1.500,00	€ 2.500,00
U-1-08	CATEGORIA VIII - Oneri e compensi per speciali incarichi	€ 76.000,00	€ 77.323,92	€ 73.848,25	€ 2.302,60	€ 76.150,85
U-1-09	CATEGORIA IX - Spese per la sede	€ 43.500,00	€ 48.065,00	€ 45.511,02	€ 2.330,20	€ 47.841,22
U-1-10	CATEGORIA X - Spese funzionamento, acquisto beni consumo, servizi, manutenzioni, noleggio materiali	€ 76.500,00	€ 79.500,00	€ 78.636,98	€ 372,15	€ 79.009,13
U-1-11	CATEGORIA XI - Spese postali, telefoniche, telegrafiche e internet	€ 32.000,00	€ 46.000,00	€ 43.712,30	€ 612,44	€ 44.324,74
U-1-12	CATEGORIA XII - Oneri tributari	€ 8.000,00	€ 8.000,00	€ 7.294,60	€ 0,00	€ 7.294,60
U-1-13	CATEGORIA XIII - Oneri finanziari	€ 24.385,00	€ 24.385,00	€ 23.809,85	€ 65,88	€ 23.875,73
U-1-14	CATEGORIA XIV - Poste correttive e compensative entrate correnti	€ 168.000,00	€ 172.000,00	€ 134.403,40	€ 37.563,60	€ 171.967,00
U-1-15	CATEGORIA XV - Spese non classificabili in altre voci	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
U-1-16	CATEGORIA XVI - Fondo di riserva per stanziamenti insufficienti	€ 10.601,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
	TOTALI TITOLO I U-1 - SPESE CORRENTI	€ 945.586,00	€ 1.018.100,00	€ 925.853,45	€ 79.498,22	€ 1.005.351,67
U-2	TITOLO II - SPESE IN CONTO CAPITALE					
U-2-17	CATEGORIA XVII - Spese beni patrimoniali	€ 2.000,00	€ 2.000,00	€ 1.586,00	€ 0,00	€ 1.586,00
U-2-18	CATEGORIA XVIII - Spese per immobilizzazioni tecniche	€ 7.000,00	€ 52.910,68	€ 45.459,75	€ 7.373,68	€ 52.833,43
U-2-19	CATEGORIA XIX - Accantonamento indennità anzianità e similari	€ 10.000,00	€ 108.561,85	€ 836,70	€ 107.725,15	€ 108.561,85
U-2-20	CATEGORIA XX - Estinzione di mutui ed anticipazioni	€ 152.497,00	€ 152.497,00	€ 152.496,47	€ 0,00	€ 152.496,47
	TOTALI TITOLO II U-2 - SPESE IN CONTO CAPITALE	€ 171.497,00	€ 315.969,53	€ 200.378,92	€ 115.098,83	€ 315.477,75
U-3	TITOLO III - USCITE PER PARTITE DI GIRO					
U-3-21	CATEGORIA XXI - Spese aventi natura di partite di giro	€ 157.300,00	€ 157.300,00	€ 290.789,34	€ 63.813,33	€ 354.602,67
	TOTALI TITOLO III U-3 - PARTITE DI GIRO	€ 157.300,00	€ 157.300,00	€ 290.789,34	€ 63.813,33	€ 354.602,67
	TOTALE GENERALE USCITE	€ 1.274.383,00	€ 1.491.369,53	€ 1.417.021,71	€ 258.410,38	€ 1.675.432,09
	TOTALE USCITE COMPLESSIVE	€ 1.274.383,00	€ 1.491.369,53			
	Risultato della gestione di competenza	€ 0,00				
	TOTALE GENERALE USCITE	€ 1.274.383,00	€ 1.491.369,53			

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 19 NOVEMBRE 2025

Presenti: dott. Buono, dott. Frech, dott. Guglielmi, dott. Marchetti, dott.ssa Perina

Lettura ed approvazione verbale della seduta precedente: il verbale della seduta precedente viene approvato con una modifica nella sezione "relazioni istruttorie".

Comunicazioni del Presidente:

- Il Presidente informa di aver ricevuto la comunicazione di assunzione di incarico di direttore sanitario della dott.ssa XXX presso l'ambulatorio XXX.
- Il Presidente informa che l'Associazione FACE organizza eventi formativi con il tema "dormire bene per crescere meglio" – disturbi del sonno in età pediatrica. Essendo un argomento d'interesse anche per la parte medica, la dottoressa Perina viene incaricata di parlarne al prossimo Consiglio.
- Il Presidente informa di essere stato contattato dalla dott.ssa Pozzani la quale propone di divulgare presso i neoiscritti all'Albo Odontoiatri la possibilità di essere iscritti nelle liste degli specialisti ambulatoriali il cui termine per l'iscrizione scade il 31 gennaio di ogni anno. La CAO ritiene che sia un'iniziativa di importante interesse e quindi si adopera per fare in modo che essa venga divulgata ai giovani odontoiatri.
- Il Presidente riferisce di aver ricevuto una segnalazione da parte della dott.ssa YYY, la quale chiede la liceità di una proposta ricevuta da parte di una clinica odontoiatrica albanese con un'ipotesi di collaborazione per l'esecuzione di prestazioni odontoiatriche, di pazienti dello studio, presso la loro sede di Tirana, a tariffe più economiche. La

CAO si informerà presso il proprio legale per capire se, nonostante la struttura sia in un paese estero, ci possano essere elementi che facciano presupporre una qualsiasi tipo di violazione.

- Il Presidente riferisce che il collega dott. Marcello Chiozzi propone un webinar dal titolo "la storia a disegni dell'Odontoiatria".
- Il Presidente riferisce che è pervenuta una richiesta da parte del sig. XXX per conoscere la disponibilità di un odontoiatra per seguire privatamente una persona detenuta presso la casa circondariale di Montorio. Verrà fatto presente che la richiesta dovrà essere fatta dal legale del detenuto direttamente presso la casa circondariale che a sua volta, se necessario, farà richiesta all'Ordine per individuare un sanitario disponibile.
- Il Presidente informa che è pervenuta una segnalazione da parte della dott.ssa YYY, la quale lamenta il fatto che il dott. XXX, Odontoiatra, non ha redatto la certificazione di malattia ad un suo paziente sottoposto a cure odontoiatriche presso lo studio del dott. XXX. Viene deciso di contattare il collega per chiarire quanto previsto dalla normativa vigente in materia di certificazioni di malattia da parte dei liberi professionisti.
- Il Presidente informa che è pervenuta una segnalazione da parte della dott.ssa YYY, la quale informa che non ha ricevuto alcun pagamento per il lavoro svolto presso un studio dentistico. Non citando la dottoressa il nominativo del collega segnalato, viene deciso di chiedere chiarimenti in merito.

Pubblicità Sanitaria:

- Si prende visione della richiesta di valutazione dei contenuti riferiti al redazionale di dicembre dello studio KKK. La CAO esprime parere favorevole.

Relazioni istruttorie:

- Dott. XXX: il Presidente espone il caso. In data 15/10/2025 perviene all'Ordine, da parte del Comune di Verona, una comunicazione avente come oggetto il diniego richiesta di rinnovo autorizzazione all'esercizio attività presentata dal dott. XXX. Viene data lettura del verbale di audizione e, per i provvedimenti di competenza di questa CAO si resta in attesa di memoria da parte del Sanitario.
- Dott. YYY: il Presidente espone il caso. Anche per il dott. YYY, In data 15/10/2025 perviene all'Ordine, da parte del Comune di Verona, una comunicazione avente come oggetto il diniego richiesta di rinnovo autorizzazione all'esercizio attività presentata dal dott. YYY. Viene data lettura del verbale di audizione e, per i provvedimenti di competenza di questa CAO si resta in attesa di memoria da parte del Sanitario.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 28 GENNAIO 2026

Presenti: dott. Buono, dott. Frech, dott. Guglielmi, dott. Marchetti, dott.ssa Perina

Lettura e approvazione verbale precedente: Il verbale della seduta precedente viene approvato all'unanimità.

Comunicazioni del Presidente:

- Il Presidente informa che è pervenuta all'Ordine un quesito da parte del dott. XXX, doppio iscritto. Il Sanitario vorrebbe rivestire l'incarico di Direttore Sanitario in una struttura medica e contemporaneamente in una struttura odontoiatrica. Avendo lui la doppia iscrizione nulla osta al rivestire entrambi gli incarichi tenendo ben presente il conteggio degli orari complessivi che deve essere sostenibile.

- Il Presidente informa di aver parlato con la dottoressa Elena Pozzani per poter sviluppare un'iniziativa riferita al "progetto Giovani", iniziativa che possa coinvolgere anche l'ULSS 9 Scaligera di cui la dott.ssa Coffele è già stata informata. Viene data lettura dell'informativa che si intenderebbe pubblicare.
- Il Presidente informa i presenti che è pervenuta in data 17/12/2025, una segnalazione da parte di ANDI Veneto riguardante uno studio dentistico in provincia di Verona ove, pare, che un'assistente ASO si occupi di attività odontoiatriche senza averne l'abilitazione prevista. Il Presidente ha già provveduto ad inviare una segnalazione al NAS di Padova.
- Il Presidente informa i presenti che è pervenuta una segnalazione da parte del dott. YYY riguardante una pubblicità sanitaria apparentemente non conforme alle norme vigenti, ove si espone un tariffario potenzialmente suggestivo e di carattere prettamente commerciale. Viene deliberato di attendere che vengano rese note le linee guida nazionali e regionali su possibili tariffari indicativi.
- Il Presidente informa che è pervenuta una richiesta da parte di una collega Odontoiatra che vorrebbe effettuare medicina estetica in un ambulatorio medico. Viene aperto ampio dibattito su questo quesito e viene deciso di inviare una richiesta alla Federazione nazionale per avere un parere di merito.

Relazioni istruttorie:

- **Dott. YYY** il Presidente ripercorre il caso riferito al Sanitario e da lettura della memoria pervenuta. Dopo ampio dibattito viene deliberato il non luogo a procedere nei confronti del dott. YYY.
- **Dott. XXX**: il Presidente ripercorre il caso e da lettura della memoria pervenuta. Dopo ampio dibattito viene deliberato il non luogo a procedere nei confronti del dott. XXX.
- **Prof. KKK**: il Presidente informa i presenti di aver invitato a colloquio il Prof. KKK, congiuntamente con il Presidente Prof. Guglielmi, a seguito di segnalazione pervenuta da parte del dott. YYY. Viene data lettura del verbale di audizione. Il Prof. KKK invierà le sue controdeduzioni

entro 60 giorni.

- **Dott.ssa LLL**: il Presidente informa i presenti che una struttura di Verona "J.B.", ha assunto come direttore sanitario la dott.ssa LLL, iscritta all'Albo degli Odontoiatri di Cuneo. Essendo il ruolo rivestito incompatibile con la struttura che esegue solo prestazioni mediche, il Presidente CAO ha convocato la dottoressa per chiarimenti. Nel corso del colloquio la dottoressa viene informata dell'incompatibilità del suo ruolo e, in data odierna, sono pervenute a questa CAO le dimissioni dell'incarico da parte della dottoressa. Si delibera il non luogo a procedere informando anche la CAO di Cuneo ove la dottoressa risulta essere iscritta.
- **Dott. AAA/dott. BBB**: il Presidente ripercorre il caso riferito al dott. AAA che era stato segnalato dal dott. BBB per incomprensioni e atteggiamenti non professionali, depositando una denuncia/querela presso la Procura della Repubblica. Il dott. AAA ha inviato una memoria difensiva e si è presentato innanzi il Presidente per esporre le sue motivazioni. Viene deliberato di attendere gli sviluppi della vicenda e valutare in un secondo momento eventuali violazioni del codice deontologico da parte di entrambi i sanitari.
- **Dott.ssa \$\$\$**: il Presidente ripercorre il caso ed informa di aver convocato la dottoressa per chiarimenti. La dottoressa riferisce di aver già consegnato alla paziente la documentazione radiografica e che ricostruirà il diario clinico da inviare all'avvocato della paziente.
- **Dott.ssa &&&**: il Presidente riferisce del caso della dott.ssa &&&, coinvolta in un procedimento penale aperto dalla procura della Repubblica. La dottoressa ha inviato la copia della sentenza. Si decide di richiedere, congiuntamente con la CAM, copia delle sentenze riferite a tutti i sanitari coinvolti nella vicenda.
- **Dott. £££**: viene ripercorso il caso relativo al sanitario segnalato dal Comune di ..omissis per inadempienza ai doveri di autorizzazione all'esercizio, in quanto dal 18/05/2023 al 21/11/2025 ha esercitato in assenza dell'autorizzazio-

ne prevista dalla legge regionale n. 22/2002. Il sanitario, invitato a colloquio dal Presidente CAO in data 08/10/2025, ha ammesso che lo studio ha operato in assenza di autorizzazione a causa di vari problemi burocratici legati a presunte incomprensioni con il Comune, dichiarando inoltre di essersi attivato per risolvere tali problematiche e ottenere l'autorizzazione prevista. In data 21/11/2025 è pervenuta, da parte del SUAP, l'autorizzazione all'esercizio per lo studio dentistico del dott. £££. Nonostante la struttura risulti ora autorizzata, questa CAO non può soprassedere al fatto che, per il periodo compreso tra il 18/05/2023 e il 21/11/2025, il dott. £££ abbia esercitato in assenza di quanto previsto dalla legge regionale n. 22/2002 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie. Per tale motivo delibera l'apertura di procedimento disciplinare nei confronti del dott. £££ ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. n. 221/1950, e nomina relatore il dott. Richard Frech.

Varie ed eventuali:

- Programmazione date CAO: vengono stabilite le date per le prossime riunioni CAO
- Programmazione eventi culturali: 18 aprile 2026 – Evento ECM su sedazione – 12 maggio - evento con dott. Mazzocco "Salviamo i denti naturali".
- Il Presidente propone di portare a consiglio la possibilità di attivare uno sportello di consulenza sulle STP con la collaborazione di un esperto in materia. La CAO approva.
- Il Presidente espone l'identificazione dei criteri per lo sviluppo del "progetto giovani" – viene aperto ampio dibattito per vagliare i vari aspetti dell'iniziativa.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 18 FEBBRAIO 2026

Presenti: dott. Guglielmi,
dott. Buono, dott.ssa Perina,
dott. Marchetti, dott. Frech

La seduta ha inizio alle ore 19.00.

Lettura e approvazione verbali precedenti:

Si procede alla lettura dei verbali delle sedute dei mesi di novembre e dicembre 2025.

I verbali vengono approvati all'unanimità.

Comunicazioni del Presidente:

- Il Presidente informa i presenti che è stata elaborata la risposta da inviare alla dott.ssa XXX in merito al quesito posto relativamente alla Direzione Sanitaria. Si delibera di trasmettere alla collega il regolamento vigente in materia di direzione sanitaria, al fine di fornire un quadro normativo completo e aggiornato.
- Il Presidente comunica che è pervenuta richiesta da parte dell'EINAP per la partecipazione di un rappresentante della Commissione CAO alla sessione di esame delle ASO prevista per il giorno 1° aprile 2026. La Commissione designa la dott.ssa Perina quale rappresentante della CAO per la suddetta sessione.
- Il Presidente riferisce che è pervenuta segnalazione riservata ai sensi del D.Lgs. 24/2023 (whistleblowing) da parte di YYY, concernente la situazione attualmente in corso presso l'AULSS 9 – Ufficio Qualità e Accreditamento.

La segnalazione presenta profili di illecito amministrativo e conflitto di interessi a decorrere dal mese di novembre 2024. In particolare, viene riferito che la sig.ra KKK avrebbe contattato diverse strutture, sia telefonicamente sia tramite posta elettronica, proponendosi quale consulente privata dopo essere stata allontanata dall'AULSS 9, continuando ad effettuare verifiche in qualità di consulente su strutture precedentemente verificate dalla medesima negli anni antecedenti. I comportamenti descritti, qualora confermati, potrebbero risultare in contrasto con i principi di imparzialità e buon andamento della Pubblica Amministrazione, nonché con i principi di trasparenza e correttezza dell'azione amministrativa, parità di trattamento e concorrenza. Le circostanze segnalate potrebbero

altresì determinare un vantaggio indebito a favore di un soggetto specifico e configurare un potenziale conflitto di interessi, considerato il ruolo istituzionale precedentemente ricoperto e l'influenza che tale ruolo potrebbe esercitare sulle strutture sottoposte a verifica.

La Commissione prende atto della segnalazione e si riserva ogni ulteriore approfondimento nei limiti delle proprie competenze istituzionali. Il Presidente aggiorna i presenti in merito al convegno sulla sedazione cosciente tenuto dal dott. Michele Caruso. Viene riferito che a breve verrà pubblicata la locandina sui canali istituzionali dell'Ordine.

Il Presidente informa di aver già dato parere favorevole al dott. Gugole in merito all'incarico di fare una presentazione ai bambini riguardo l'igiene e la prevenzione presso la scuola primaria Manzoni di Vestenanova.

- Il Presidente informa altresì circa il Convegno nazionale di Odontoiatria che si terrà a San Giovanni Rotondo l'8-9 Maggio, fornendo un aggiornamento sull'iniziativa e sulle tematiche che verranno trattate.
- Il Presidente comunica che non è ancora pervenuto il parere richiesto alla FNOMCeO in merito alla possibilità per un odontoiatra di svolgere attività di medicina estetica in uno studio medico non accreditato come studio odontoiatrico. Si resta pertanto in attesa di riscontro ufficiale prima di assumere eventuali determinazioni.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 25 MARZO 2026

Presenti: dott. Guglielmi, dott. Buono, dott.ssa Perina, dott. Marchetti

Assenti giustificati: dott. Frech

La seduta ha inizio alle ore 19.00.

Lettura e approvazione verbale precedente

Il verbale della seduta precedente viene approvato all'unanimità.

Comunicazioni del Presidente

Il Presidente informa i presenti che è pervenuta all'Ordine una richiesta di parere da parte di un soggetto non iscritto all'Albo, relativa alla possibilità di avviare un'attività di sbiancamento dentale a fini esclusivamente estetici, in assenza di laurea in odontoiatria o titoli sanitari.

Viene data lettura della comunicazione pervenuta, nella quale il richiedente domanda chiarimenti circa:

- la liceità dell'attività secondo la normativa vigente;
- i limiti tra trattamento estetico e atto sanitario;
- eventuali autorizzazioni richieste;
- la possibilità di esercizio in autonomia o in collaborazione con personale sanitario.

La Commissione, dopo breve discussione, rileva che il quesito non rientra nella competenza della CAO, in quanto il soggetto richiedente non risulta iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Verona.

Si delibera pertanto di predisporre una risposta formale, specificando il difetto di competenza dell'Ordine in merito alla richiesta avanzata.

Il Presidente informa inoltre che è pervenuta una richiesta di parere da parte del dott. XXX in merito alla cessazione del proprio incarico di Direttore Sanitario presso il "====" sito in Verona.

Il sanitario riferisce di essere stato rimosso dall'incarico in data 18/03/2026 mediante comunicazione esclusivamente verbale e segnala di non aver ricevuto, se non su propria richiesta, documentazione comprovante l'avvenuta comunicazione al SUAP da parte della struttura.

La Commissione, preso atto della segnalazione, evidenzia la necessità che la cessazione e la nomina del Direttore Sanitario vengano formalizzate secondo le procedure previste dalla normativa vigente, con regolare trasmissione agli enti competenti.

Si delibera di predisporre una risposta al sanitario, fornendo indicazioni in merito agli adempimenti formali richiesti e alla corretta gestione amministrativa della cessazione dell'in-

carico.

Il Presidente informa altresì che è pervenuta una richiesta di parere, per il tramite di uno studio professionale, relativa alla possibilità per un medico odontoiatra iscritto all'Albo di affiancare all'attività odontoiatrica quella di tatuatore, da svolgersi presso una struttura esterna e separata, in orari distinti e senza alcuna commistione tra le due attività.

Viene data lettura del quesito, con il quale si chiede:

1. se tale attività sia compatibile con il Codice Deontologico;
2. se siano previste specifiche procedure, comunicazioni o autorizzazioni preventive nei confronti dell'Ordine.

La Commissione, dopo ampio dibattito, ritiene che, in linea generale, l'esercizio dell'attività di tatuatore non sia di per sé incompatibile con la professione odontoiatrica, purché vengano rispettate rigorosamente le seguenti condizioni:

- netta separazione tra le due attività sotto il profilo strutturale, organizzativo e temporale;
- assenza di qualsiasi commistione tra attività sanitaria e attività estetica;
- rispetto delle normative igienico-sanitarie e delle disposizioni regionali in materia di attività di tatuaggio;
- salvaguardia del decoro e della dignità della professione sanitaria, evitando situazioni che possano gene-

rare confusione nei pazienti o ledere l'immagine della professione.

Si evidenzia inoltre che non risultano, allo stato, obblighi specifici di autorizzazione preventiva da parte dell'Ordine, ferma restando la necessità di rispettare tutte le normative vigenti sotto il profilo amministrativo e fiscale. La Commissione delibera di predisporre un riscontro formale al richiedente, in linea con quanto sopra esposto.

Il Presidente dà lettura della comunicazione trasmessa dal Presidente della Commissione Albo Odontoiatri nazionale, dott. Andrea Senna, relativa a una questione di rilievo istituzionale riguardante la FNOMCeO.

In particolare, viene riferito che il Presidente CAO di Ferrara ha richiesto chiarimenti in merito a presunte circostanze concernenti il sostenimento di spese legali relative a un ricorso presentato nel 2023 nei confronti della FNOMCeO. La Federazione, non essendo in possesso di elementi informativi in merito, ha provveduto a richiedere chiarimenti al Presidente nazionale **ANDI**, al fine di acquisire informazioni utili e fare piena luce sulla vicenda.

La Commissione prende atto della comunicazione e resta in attesa di eventuali aggiornamenti istituzionali.

Il Presidente informa i presenti che è pervenuta comunicazione da par-

te della CEPS indirizzata a tre iscritti all'Albo Odontoiatri dell'Ordine, relativa alla richiesta di conferma della volontà di proseguire o meno nella manifestazione di interesse per un ricorso presentato presso la stessa Commissione.

Il Presidente CAO, dott. Rino Guglielmi, ha provveduto a interpellare i colleghi interessati. In tutti i casi è stata espressa la volontà di non proseguire con il ricorso. Gli iscritti provvederanno pertanto a comunicare formalmente alla CEPS la rinuncia alla prosecuzione dello stesso.

Il Presidente informa inoltre che è stata richiesta l'adesione da parte di alcuni iscritti al progetto "Un dentista per amico". Si delibera di dare diffusione all'iniziativa mediante comunicazione agli iscritti attraverso newsletter e altri canali ufficiali dell'Ordine.

Il Presidente comunica che è pervenuta richiesta da parte del dott. XXX per l'approvazione di un'insegna professionale. Tuttavia, la documentazione risulta incompleta in quanto manca l'allegato necessario alla valutazione. Si delibera di richiedere integrazione documentale.

Il Presidente informa infine che è stato programmato per il giorno 27 novembre un evento formativo dedicato alle reazioni avverse in odontoiatria. Il convegno sarà gratuito e rivolto a tutti gli iscritti.



La terapia farmacologica del Disturbo Bipolare nel periodo perinatale: focus sul Carbonato di Litio

Il *Disturbo Bipolare* (DB) è una condizione psicopatologica caratterizzata da alterazioni estreme del tono dell'umore che oscillano tra *episodi* di opposta polarità. L'incidenza nella popolazione generale è dell'1% - 2% interessando circa 1.2 milioni di persone; il 30% delle donne a cui è stato diagnosticato un DB ha manifestato il primo episodio nel corso del periodo perinatale.

L'*episodio maniacale* (mania) è caratterizzato da euforia immotivata, ridotto bisogno di sonno, disinibizione, ideazione accelerata (fuga delle idee) e disturbi psicotici, in prevalenza delirio di grandezza o mistico. Si definisce *ipomania* un episodio che differisce dalla mania per la minore intensità dei sintomi e un minore impatto sul funzionamento psicosociale. L'*episodio depressivo* ha le stesse caratteristiche di una grave depressione (depressione maggiore). La presenza simultanea nello stesso episodio di sintomi maniacali e depressivi (*stato misto*) si caratterizza per l'umore disforico con rapide oscillazioni verso la tristezza, l'estrema irritabilità spesso associata ad ansia pervasiva, stati di agitazione a sfondo depressivo (depressione agitata) e sintomi psicotici. L'alternanza di episodi depressivi, maniacali e misti definisce il DB tipo-I mentre nel DB tipo-II sono presenti episodi depressivi e maniacali meno gravi. Il decorso è cronico-ricidivante con episodi che si alternano senza una ciclicità regolare a periodi più o meno lunghi di relativo benessere. Se non trattati gli episodi persistono per mesi e i periodi liberi da sintomi diventano sempre più brevi con progressivo deterioramento della vita di relazione del paziente. Il bisogno di individuare sostanze che "stabilizzassero" gli stati di eccitamento e di agitazione ha ori-

gini remote. Sin dai tempi dell'antica Roma i medici del tempo intuirono le proprietà "calmanti" delle acque alcalino-terrose che contenevano sali minerali diversi, incluso il litio. Sebbene tale convinzione sia perdurata nei secoli successivi e praticata come rimedio per controllare stati di agitazione e di eccitamento è stato nel 1949 che il medico australiano John Cade confermò le proprietà "anti-maniacali e stabilizzanti" del *Carbonato di Litio* (CL) nel trattamento della *psicosi maniaco-depressiva*, ridefinita DB negli anni '80 dai criteri diagnostici statunitensi del DSM-III^o. Nei decenni successivi il CL fu oggetto di studi soprattutto in Inghilterra e Danimarca e nel 1970 approvato dalla FDA per la cura dei pazienti bipolari. Il suo impiego in Europa trovò tuttavia un'iniziale resistenza da parte della classe medica per diversi casi di intossicazione acuta verificatisi negli USA per la mancata regolarità nei controlli della litiemia. Questa resistenza fu tuttavia alimentata anche dal fatto che si trattava di una terapia che prevedeva l'uso di un farmaco, un minerale presente in natura a basso costo, che non avrebbe comportato significativi interessi commerciali in un'epoca in cui *Big Pharma* stava iniziando a valutare grandi prospettive di crescita di fatturato da una psicofarmacologia clinica agli albori. In Italia, il trattamento con CL iniziò negli anni '70 in alcune cliniche universitarie italiane (Bari, Roma, Milano, Pisa); la valutazione della litiemia era effettuata in quegli anni utilizzando un fotometro a fiamma, tecnica ormai storica e da tempo sostituita dalla spettrofotometria. Pur essendo un farmaco a basso costo quindi senza alcun interesse commerciale il CL rimane tuttora, dopo più di 50 anni dalla sua introduzione, la terapia di

prima scelta nel DB. La sua efficacia è stata ben documentata nell'episodio maniacale e nella prevenzione delle ricadute sia depressive che maniacali da RCT, revisioni sistematiche e metanalisi. La dose terapeutica è definita da livelli di litiemia compresi tra 0.6-1.2 mEq/L che vanno regolarmente controllati nel corso del trattamento e valutati rigorosamente a distanza di 12 ore dall'ultima somministrazione serale. Il CL prevede un trattamento a lungo termine e spesso *life-time* che va rivalutato nel tempo in base all'efficacia terapeutica e alla tollerabilità manifestata dal paziente. Nel corso del trattamento è necessario controllare la funzionalità renale, tiroidea e la quantità di urine delle 24 ore per il rischio di diabete insipido *nefrogenico* causato dalla scarsa risposta all'ADH per l'azione inibitoria esercitata dal litio sull'cAMP a livello dei tubuli renali; questo effetto indesiderato che si manifesta con diversi livelli di gravità ha un'incidenza del 20%-30% e risulta correlato all'età avanzata, alla durata del trattamento e agli elevati livelli litiemici che devono essere pertanto personalizzati in ciascun paziente per definirne le concentrazioni terapeutiche minime efficaci. Poiché il CL ha un indice terapeutico ristretto, significativi incrementi della litiemia (oltre 1.2 mEq/L) possono causare tossicità caratterizzata da tremori, vomito, stati confusionali, atassia, letargia e convulsioni. Essendo eliminato quasi esclusivamente dai reni le interazioni principali riguardano farmaci o condizioni che alterano la funzionalità renale o il bilancio idro-salino. Farmaci che riducono l'eliminazione di litio, aumentandone le concentrazioni plasmatiche, sono i FANS, i diuretici tiazidici, le diete iposodiche, alcuni antipertensivi (ACE-inibitori e Sartani)

e condizioni di disidratazione; l'uso di dosi eccessive di caffeina o teofilina e un'alimentazione ricca di sodio potrebbe causarne una maggiore eliminazione rendendo la terapia inefficace. Il meccanismo farmacodinamico attraverso il quale il litio agisce a livello del SNC è la "modulazione" di alcuni neurotrasmettitori a livello della "rete cortico- limbica" che si esplica attraverso il rallentamento dell'azione del glutammato e il potenziamento di quella del GABA e della 5HT; inoltre influenza la plasticità neuronale aumentando i livelli delle principali *neurotrofine* (BDNF, NGF, NT-3) e proteggendo il cervello da processi infiammatori e degenerativi. Il suo ruolo è assimilabile a quello di un *micronutriente* che garantisce a livello del SNC una "neuroprotezione" contro lo stress ossidativo verosimilmente associato a gravi disturbi psichici e neurologici. Studi recenti suggeriscono per il litio anche un'azione di rallentamento del declino cognitivo lieve nei soggetti "amiloidpositivi", ritenuti a maggior rischio di sviluppare la malattia di Alzheimer (Nature 2025). La decisione di mantenere una terapia con CL durante la gravidanza deve essere affrontata valutando preventivamente, cioè in fase preconcezionale, i rischi del non trattamento del DB e quelli che il trattamento potrebbe comportare sullo sviluppo fetale e il decorso della gestazione. Diversi studi hanno ben documentato che la sospensione del CL prima o in corso di gravidanza comporta un elevato rischio di riaccutizzazione del DB nel 70%-85% delle pazienti in terapia di mantenimento che peraltro si manifesta entro le prime 10-12 settimane dalla sospensione. I dati sul rischio di malformazioni maggiori (MM) associate all'uso di CL in gravidanza sono stati di gran lunga ridimensionati dopo i primi studi decisamente allarmistici riportati negli anni '60-'70 dal *Register of Lithium Babies*, istituito nel 1968 dallo psichiatra danese Moghen Schou. Questi dati evidenziavano un'incidenza dell'11% di MM nei neonati di donne trattate in gravidanza con CL a fronte del background risk del 3.5%; risultava inoltre che il 75% delle MM era costituito da malformazioni cardiache (MC) di cui il 33% da una rarissima anomalia di impianto della tricuspide l'*Ano-*

malia di Ebstein (AE) il cui *background risk* è oggi valutato tra di 1-2 neonati su 20.000 nascite, l'1% di tutte le MC. Una ricerca epidemiologica condotta in Europa nel 2017 su circa 5 milioni di nascite ha valutato la prevalenza della AE mettendo in discussione la sua associazione con l'esposizione fetale al CL: tra i 264 neonati identificati con AE soltanto 9 risultavano essere stati esposti in gravidanza a psicofarmaci diversi ma nessuno al CL. Studi metanalitici nell'ultimo decennio hanno comunque documentato in neonati esposti in gravidanza a CL un modesto ma significativo rischio relativo di MM (RR tra 1.6 e 1.8) e un'incidenza compresa tra 4.1% e 7.4%. Anche l'incidenza della AE registrata in questi ultimi studi è risultata bassa rispetto agli studi precedenti (1 neonato/1000-2000 nascite), confermando tuttavia un rischio relativo statisticamente significativo (RR=2.6) sebbene il *rischio assoluto* sia decisamente basso: RA= 0.05%-0.1% dei neonati esposti nel primo trimestre. Uno studio originale pubblicato sul NEJM (2017) finora unico per la metodologia impiegata ha documentato in 1.325.000 pazienti bipolari in terapia con CL in gravidanza un rischio di MC *dose-dipendente* che è risultato statisticamente significativo (RR=3.2) soltanto nei neonati di donne in trattamento con dosi superiori ai 900 mg/die; in particolare la prevalenza di MC è risultata: 1.1% nei neonati esposti a dosi tra 300-600 mg/die, 2.1% negli esposti tra 600-900 mg/die, 4.8% negli esposti oltre 900 mg/die. Se ulteriori studi confermassero questa dose-dipendenza del rischio cardiaco si potrebbe definire un ambito di dosi in cui il CL potrebbe essere impiegato con relativi margini di sicurezza anche nel primo trimestre di gravidanza. Per i teratogeni può essere infatti definita una "dose-soglia", ovvero un livello di esposizione (definito dal dosaggio o livello plasmatico) al di sotto del quale non si osservano anomalie strutturali maggiori. Tuttavia pur identificando un livello di sicurezza teorico, come è stato documentato per alcuni teratogeni (es. talidomide, sodio valproato), in ambito medico va sempre applicato un "principio di precauzione" poiché tale soglia potrebbe presentare una variabilità interindividuale.

Dall'analisi degli studi pubblicati più di recente sulla sicurezza del litio in gravidanza e sulle modalità di impiego clinico si possono trarre alcune conclusioni rilevanti per la pratica clinica: 1) il rischio di AE è stato molto ridimensionato rispetto al passato: in termini di rischio assoluto l'incidenza stimata è di 1 neonato su 1000-2000 esposti al CL nel primo trimestre; 2) qualora la dose-dipendenza del rischio di MC fosse confermata il CL comporterebbe un rischio significativo soltanto a dosi maggiori di 900 mg/die; 3) il rischio di MM (incluse quelle cardiache) da esposizione fetale nel primo trimestre resta documentato sebbene modesto e con valori di incidenza nei neonati esposti più bassi (4.1%-7.4%) rispetto a quelli (11%) riportati in passato; 4) in gravidanza è necessario un monitoraggio mensile della litiemia che presenta significative oscillazioni per tornare subito dopo il parto a livelli preconcezionali; 5) le dosi vanno suddivise in 2-3 somministrazioni/die evitando la modalità *once-a-day* e la litiemia mantenuta entro livelli terapeutici minimi efficaci; 6) è consigliata la sospensione del trattamento 24-48 ore prima del parto e la sua immediata riassunzione che dovrà proseguire durante il puerperio; 7) nella maggior parte degli studi il CL non è risultato a rischio di indurre eventi avversi sia neonatali (es. alterazioni indice di Apgar, neonati piccoli per età gestazionale) che gestazionali (es. parto prematuro, aborto spontaneo, distacco placentare); 8) l'allattamento al seno è generalmente sconsigliato poiché le concentrazioni di litio nel latte materno non sono prevedibili oscillando tra il 30%-60% di quelle materne; pertanto durante il puerperio nelle pazienti in mantenimento con CL è consigliato l'allattamento in formula. Il CL è considerato un farmaco *life-saving*, anche per la sua documentata attività sul rischio suicidario; l'esperienza clinica insegna che in molti casi non sia peraltro sostituibile da altri stabilizzatori dell'umore (es. valproato, lamotrigina, quetiapina, olanzapina), né tanto meno da strategie terapeutiche non farmacologiche.

In una paziente bipolare in terapia con CL la decisione di sospenderlo o mantenerlo in gravidanza non è una scelta "neutra" ma una scelta che

deve essere basata sulla valutazione dei rischi del trattamento e quelli del non trattamento del DB. In fase *pre-concezionale* è doveroso da parte dello specialista curante fornire alle pazienti in terapia con CL informazioni aggiornate per concordare tempestivamente, cioè prima di avviare una eventuale gravidanza, la strategia terapeutica da adottare durante la gestazione: si stima che in Italia il 45% delle gravidanze non sia programmato! Per ragioni medico-legali è sempre opportuno quando si prescrivono psicofarmaci “a rischio” nel periodo gestazionale formalizzare l'accettazione della decisione terapeutica condivisa attraverso uno specifico *Consenso Informato* che riassume anche le informazioni comunicate alla paziente e al suo partner nel corso della visita specialistica.

Referenze

- Bellantuono C. & Balestrieri M. (2003). Trattato di Psicofarmacologia Clinica. Pensiero Scientifico Ed. Roma.
- Bellantuono C. (2021). Psicofarmacoterapia in Gravidanza e Allattamento. In: Manuale di Psichiatria Perinatale. A cura di Bellantuono C. et al. Fioriti Ed. Roma.
- Bellantuono C. (2025). Psicofarmacoteratofobia. Quando la terapia diventa un incubo. Alpes Italia Ed. Roma.
- Patorno E. (2017). Lithium use in pregnancy and risk of cardiac malformations. NEJM, 376, 3354-3359.
- Boyle B. et al. (2017). The changing epidemiology of Epstein's anomaly and its relationship with maternal mental health: a Europe-

an registry-based study. *Cardiology in the Young*, 27, 4, 677-685.

- Formaro et al. (2020). Lithium exposure during pregnancy and postpartum. A systematic review and meta-analysis of safety and efficacy outcome. *American J. Psychiatry*, 177, 76-92.
- Aron L. et al. (2025). Lithium deficiency and the onset of Alzheimer's disease. *Nature*, 645, 712-721.

PROF. CESARIO BELLANTUONO
 AMBULATORIO DI PSICOPATOLOGIA E
 PSICOFARMACOTERAPIA PERINATALE
 DEGRA POLIAMBULATORIO
 OMNICLINICS -VERONA
 WWW.DEPRESSIONEGRVIDANZA.IT

La Sabbia che Pensa

COME UNA MANCIATA DI SABBIA IMPARA A RISPONDERTI

UNA GUIDA PER CHI NON HA MAI SENTITO PARLARE DI INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Parte Zero — Prima di tutto: il Perché

Prima di addentrarci nella fisica della sabbia e nella matematica dei vettori, vale la pena fermarsi a rispondere a una domanda che sembra ovvia ma non lo è: perché?

Per migliaia di anni, gli esseri umani hanno sognato macchine capaci di pensare. Non per pigrizia — ma perché la mente umana è preziosa e limitata. Siamo bravi a trovare connessioni inaspettate, a raccontare storie, a

risolvere problemi nuovi. Siamo meno bravi a leggere un milione di documenti in un secondo, a ricordare ogni frase mai scritta, a rispondere a mille domande contemporaneamente.

L'intelligenza artificiale nasce da questa tensione: c'è lavoro cognitivo che gli esseri umani fanno lentamente, con fatica, o semplicemente non riescono a fare in scala. Tradurre testi, rispondere a email, sintetizzare ricerche mediche, aiutare uno studente a

capire la matematica alle tre di notte. Non si trattava di costruire un essere pensante. Si trattava di costruire uno strumento che usasse la stessa materia prima del pensiero umano — il linguaggio — per fare cose utili, in grande.

Quello che nessuno si aspettava è che, nel farlo, avrebbero scoperto qualcosa di inatteso: che il confine tra simulare il pensiero e pensare è molto più sottile di quanto chiunque immaginasse.



magnific.com > Fonte dell'immagine: 2420d201 > Immagine di wirestock su Magnific

Parte Prima — La Materia

La sabbia

C'era una volta una manciata di sabbia. Non sabbia da spiaggia, quella fine e bionda che ti finisce nelle scarpe. Sabbia di quarzo, grigia e anonima, estratta dalla terra come se non valesse nulla. Eppure, quella sabbia nascondeva un segreto che avrebbe cambiato il mondo: era fatta di silicio.

• Silicio

Elemento chimico abbondantissimo in natura, secondo solo all'ossigeno nella crosta terrestre. Si trova nella comune sabbia di quarzo. Il suo simbolo chimico è Si.

Il silicio puro è quasi muto — lascia passare pochissima corrente, quasi niente. Ma ha un segreto: basta aggiungere una traccia di un altro elemento — boro, fosforo, una contaminazione minuscola e voluta — e diventa programmabile. Non è più né aperto né chiuso. È convinibile. Perché un materiale convinibile può essere istruito. Con la giusta architettura, puoi dirgli: adesso lascia passare la corrente. Adesso bloccala. Sì. No. Sì. No.

Questa caratteristica — essere né sempre aperto né sempre chiuso — lo rende un

• Semiconduttore

Materiale che conduce l'elettricità solo in certe condizioni controllate. Né conduttore puro (come il rame) né isolante (come il vetro). Il silicio drogato — con impurità aggiunte intenzionalmente — è il semiconduttore più importante della storia moderna. Questa proprietà lo rende programmabile.

Il transistor: il rubinetto del mondo moderno

Da quella sabbia trasformata, gli ingegneri impararono a ricavare lastre sottilissime su cui incidono miliardi di minuscoli interruttori: i transistor.

• Transistor

Il componente elettronico fondamentale di ogni computer. Funziona come un rubinetto: aperto lascia passare la corrente (=1), chiuso la blocca (=0). Inventato nel 1947, oggi ne esistono più di 100 miliardi in un singolo chip delle dimensioni di un'unghia.

Immagina un rubinetto microscopico — così piccolo che ne entrano miliardi nell'area di un'unghia.

Ognuno può essere aperto o chiuso. Acceso o spento. Un sì o un no. Questi miliardi di rubinetti, tutti insieme, formano il chip.

• Chip (o processore)

Lastra di silicio delle dimensioni di un francobollo su cui sono incisi miliardi di transistor. È il cervello fisico del computer. Quando senti parlare di 'CPU' o 'GPU', si parla di chip. La GPU (Graphics Processing Unit) è un tipo di chip specializzato nell'eseguire moltissimi calcoli in parallelo — fondamentale per l'addestramento dell'IA.

Parte Seconda — L'Energia

L'elettricità entra in scena

Una struttura vuota non pensa. Ha bisogno di energia.

Quando accendi un computer, mandi una corrente di elettroni — particelle minuscole con carica negativa — a correre dentro il chip. Da soli, quegli elettroni non sanno dove andare. Sono come una folla in piazza senza direzione: energia pura, ma caotica.

Il chip è il labirinto che trasforma quel caos in ordine. Ma chi disegna il labirinto?

Parte Terza — Il Codice

Python: la lingua degli ingegneri

• Codice (o codice sorgente)

Insieme di istruzioni scritte in un linguaggio che il computer può eseguire. È il modo in cui gli esseri umani parlano alle macchine.

Uno dei linguaggi più usati si chiama Python — e no, non ha niente a che fare con i serpenti. È semplicemente un modo di scrivere comandi in inglese semplificato, che il computer poi traduce in quegli impulsi elettrici che aprono e chiudono i transistor.

Quando un programmatore scrive "calcola la media di questi numeri", Python trasforma quella frase in una sequenza di miliardi di sì e no, inviati ai transistor giusti nel giusto ordine. La corrente scorre. Il calcolo avviene. Il risultato appare.

Fin qui, niente di magico: è aritmetica velocissima.

La magia arriva dopo.

Parte Quarta — L'Addestramento

Come si insegna a una macchina

Per costruire un'intelligenza artificiale, gli ingegneri hanno fatto una cosa straordinaria: hanno insegnato al chip a riconoscere i modelli nel linguaggio umano.

Come? Con miliardi di esempi.

Immagina di mostrare a un bambino migliaia di frasi incomplete: "Il gatto fa... — Miao!", "Il cane fa... — Baul!". Dopo abbastanza esempi, il bambino impara a completare le frasi da solo. Non perché capisca davvero il mondo — ma perché ha visto abbastanza volte come va a finire.

L'IA funziona allo stesso modo, ma su una scala impossibile da immaginare.

• Addestramento (o training)

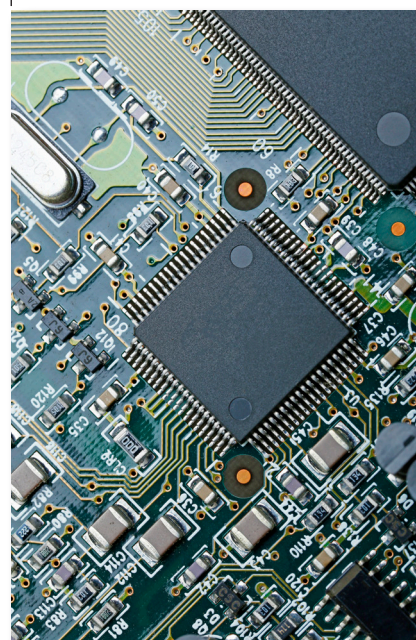
La fase in cui un sistema di IA impara dai dati. Si mostrano milioni di esempi al modello, e ad ogni errore i suoi parametri interni vengono corretti. È l'equivalente degli anni di scuola per un essere umano — ma compresso in settimane di calcolo intensivo.

Le parole diventano numeri

C'è però un problema fondamentale. I computer non capiscono le parole. Capiscono solo numeri.

• Embedding

Tecnica che trasforma parole (o frasi) in sequenze di numeri — chiamate vettori — in modo che parole con significato simile abbiano numeri simili.



Fonte dell'immagine: 1192699 > Immagine di xb100 su Magnific

La parola "cane" diventa, ad esempio, [0.82, -0.14, 0.67, ...] — un punto nello spazio matematico.

Ogni parola è un punto in uno spazio con migliaia di dimensioni. Le parole con significato simile sono punti vicini. "Cane" e "gatto" sono vicini. "Cane" e "automobile" sono lontani. "Re" e "regina" sono vicini, e la distanza tra loro è simile alla distanza tra "uomo" e "donna".

• Spazio vettoriale

Spazio matematico con molte dimensioni (tipicamente centinaia o migliaia) in cui ogni parola o concetto occupa una posizione precisa. La vicinanza tra due punti riflette la vicinanza di significato tra le parole.

Questo significa che possiamo fare aritmetica con le parole. Il famoso esempio: Re - Uomo + Donna = Regina. Non è magia. È geometria. La geometria del significato era nascosta nel linguaggio da sempre. I numeri l'hanno resa visibile per la prima volta.

Come si misura la vicinanza: la similarità coseno

Come si misura la vicinanza tra due punti in uno spazio con migliaia di dimensioni? La risposta intuitiva — misura la distanza in linea retta — ha un difetto.

• Distanza euclidea

La distanza in linea retta tra due punti. Funziona bene per distanze fisiche, ma inganna quando i vettori hanno scale diverse — ad esempio confrontando un testo lungo con uno corto sullo stesso argomento.

Due documenti che parlano entrambi di gatti, uno di 10 pagine e uno di 2, sembrano molto lontani se misuri la distanza diretta — perché il documento lungo ha numeri più grandi. Ma parlano esattamente della stessa cosa.

La soluzione elegante è guardare non la distanza, ma l'angolo. Immagina i due documenti come frecce: puntano quasi nella stessa direzione, indipendentemente da quanto sono lunghe. Due frecce quasi parallele: concetti simili. Quasi perpendicolari: senza

relazione. Opposte: concetti contrari.

• Cosine similarity (similarità coseno)

Misura matematica che calcola quanto due vettori puntano nella stessa direzione, indipendentemente dalla loro lunghezza. Da -1 a +1: 1 = identici, 0 = senza relazione, -1 = opposti. È alla base del meccanismo di attenzione del Transformer.

La rete neurale: un cervello artificiale (nel nome)

• Rete neurale

Sistema computazionale che prende ispirazione — molto superficialmente — dal cervello umano.

Composta da strati di 'neuroni artificiali' collegati tra loro. Attenzione: un neurone artificiale è uno biologico condividono quasi solo il nome. Il primo è una formula matematica; il secondo è una cellula vivente con proprietà elettrochimiche di straordinaria complessità. La somiglianza è quella tra un aereo e un uccello: entrambi volano, ma i meccanismi non hanno quasi niente in comune.

Un neurone artificiale fa tre cose in sequenza: prende i numeri in ingresso, li moltiplica ognuno per un peso, somma tutto, poi filtra il risultato attraverso una soglia. Se il segnale è abbastanza forte, lo trasmette; altrimenti lo azzerà.

Il neurone non diventa più intelligente. Diventano giusti i numeri con cui moltiplica.

• Peso (o parametro)

Numero che regola la forza di una connessione tra due neuroni — ovvero la forza di legame tra due concetti. Più il peso è alto, più forte è quella connessione: i due concetti si attraggono, si influenzano, si tirano l'uno verso l'altro ogni volta che il sistema li incontra. Un modello moderno ha centinaia di miliardi di pesi. L'addestramento trova i valori giusti per tutti.

L'errore come maestro: la funzione di perdita

• Funzione di perdita (loss function)

Formula matematica che misura quanto la risposta del modello si discosta dalla risposta corretta. Se

doveva dire 'gatto' e ha detto 'automobile', la perdita è alta. Se ha detto 'felino', è bassa. L'obiettivo dell'addestramento è ridurre questa perdita il più possibile.

Immagina di giocare a freccette bendato. Lanci. Qualcuno ti dice: "Sei andato 30 centimetri a sinistra e 10 in alto". La prossima volta aggiusti il tiro. "Meglio — 5 centimetri a sinistra". E così via, fino al centro. Il modello fa esattamente questo. Miliardi di volte.

La correzione automatica: backpropagation e gradient descent

• Backpropagation (retropropagazione dell'errore)

Algoritmo che, dopo aver calcolato l'errore commesso, risale all'indietro attraverso la rete per capire quanto ogni singolo peso ha contribuito a quell'errore. È come risalire la catena delle responsabilità: 'chi ha sbagliato, e di quanto?'

• Gradient descent (discesa del gradiente)

Tecnica matematica per trovare il valore minimo di una funzione procedendo a piccoli passi nella direzione che scende più rapidamente. Immagina di essere su una montagna di notte, senza torcia. Per trovare la valle, ad ogni passo metti il piede dove il terreno scende di più.

Alla fine di questo processo — dopo miliardi di correzioni — i pesi non sono più casuali. Hanno trovato una configurazione in cui il sistema fa previsioni sorprendentemente accurate. Il contenuto non è stato inserito da nessuno. È emerso dai numeri.

Il Transformer: la svolta dell'attenzione

Per anni, le reti neurali leggevano le frasi parola per parola, in sequenza. Nel 2017, un team di Google pubblicò un articolo con un titolo semplice: "Attention is All You Need". Era la nascita del Transformer.

• Transformer

Architettura di rete neurale introdotta nel 2017 che ha rivoluzionato l'IA. Invece di leggere le parole in sequenza, analizza tutte le parole contempo-

raneamente e calcola quanto ogni parola è rilevante rispetto alle altre. GPT, Claude, e tutti i modelli linguistici moderni sono basati su questa architettura.

• Self-attention (auto-attenzione)

Meccanismo con cui il Transformer calcola, per ogni parola in una frase, quanto è importante rispetto a tutte le altre parole della stessa frase. Esempio: nella frase 'La banca vicino al fiume era chiusa', il sistema deve capire che 'banca' si riferisce a un edificio e non a un istituto finanziario. L'attenzione verso 'fiume' risolve l'ambiguità.

Frase: "Il pianista suonò la sonata fino a quando le sue dita non si stancarono." Quando il sistema elabora 'sue', il meccanismo di attenzione calcola automaticamente che si riferisce a 'pianista' — misurando la similarità tra i loro vettori nel contesto. Questo calcolo avviene per ogni parola rispetto a tutte le altre, contemporaneamente.

Parte Quinta — La Risposta Il momento in cui scrivi

Scrivi all'IA: "Il cielo oggi è..." La tua frase viene scomposta in unità chiamate token.

• Token

Unità base con cui i modelli linguistici leggono il testo. Non corrisponde sempre a una parola intera. 'Innamorato' potrebbe diventare ['Inna', 'morato']. 'Ciao' è un token solo. I modelli hanno un limite massimo di token — chiamato 'finestra di contesto'.

Ogni token diventa un vettore. Il meccanismo di attenzione calcola le relazioni tra tutti i token. Poi il sistema calcola, per ogni possibile parola successiva, la probabilità che sia quella giusta. 'Azzurro' ha probabilità alta. 'Sbagliato' quasi zero.

Perché la stessa domanda produce risposte diverse ogni volta

Il modello non sceglie sempre la parola più probabile. Se lo facesse, le risposte sarebbero sempre uguali — azzurro, ogni volta, sempre azzurro. Invece pesca tra le candidate pesando le probabilità, con un margine di variabilità.

• Temperatura

Parametro che controlla quanto il modello è avventuroso nella scelta delle parole. Alta: più creatività e variabilità, meno prevedibilità. Bassa: risposte più precise e deterministiche. È la ragione per cui lo stesso prompt produce risposte diverse ogni volta.

Tutto questo avviene in meno di un secondo.

Parte Sesta — Quando la Catena si Spezza

L'allucinazione: il difetto che viene dal cuore del sistema

A questo punto del racconto, hai capito come funziona tutto. La sabbia diventa chip, il chip diventa rete neurale, la rete impara dai dati, e genera risposte calcolando quale parola è più probabile che venga dopo.

Sorge spontanea una domanda: come è possibile che sbagli? E non solo sbagli — ma a volte inventi fatti inesistenti con tono assolutamente sicuro?

• Allucinazione

Fenomeno per cui un modello linguistico genera informazioni false, inesistenti o inventate presentandole con la stessa fluidità e sicurezza con cui genera informazioni vere. Non è un errore casuale: è una conseguenza strutturale del modo in cui il sistema funziona. Il modello non mente consapevolmente — semplicemente non ha modo di distinguere tra 'vero' e 'plausibile'.

La radice del problema: predire non è sapere

Il sistema non consulta un archivio di fatti verificati. Non ha un'enciclopedia interna. Fa una cosa sola: calcola quale parola è statisticamente più probabile che venga dopo.

Il modello non sa le cose. Le predice. La differenza è abissale.

Un essere umano che non sa qualcosa lo avverte: "Non sono sicuro", "Dovresti verificare". Il modello non ha questo campanello. Genera la sequenza più plausibile — e la plausibilità linguistica non ha nulla a che fare con la verità fattuale.

Prova tu stesso: chiedi a un modello di citare tre articoli scientifici su un argomento molto specifico, con autori

e rivista. Nella maggior parte dei casi otterrai titoli plausibili, nomi plausibili, riviste plausibili — e quasi niente di tutto ciò esisterà davvero. I titoli suonano scientifici perché il modello ha imparato come suonano i titoli scientifici. Non perché stia cercando in un archivio.

La mappa è disegnata a mano: i dati di addestramento

Durante l'addestramento, il sistema ha letto testo scritto da esseri umani. Ma quel testo non è neutro: contiene errori, opinioni presentate come fatti, bias culturali, informazioni obsolete, contraddizioni.

Se in migliaia di testi una certa affermazione sbagliata compare spesso, il modello la apprende come probabile. Non come vera — ma come probabile. E per questo sistema, probabile è tutto ciò che conta.

La confidence trap: sicurezza senza certezza

Il terzo problema è forse il più insidioso. Il modello parla con la stessa fluidità sicura indipendentemente da quanto sia incerto. Il tono non è mai un indicatore di accuratezza.

• Confidence trap (trappola della sicurezza)

Fenomeno per cui la fluidità e il tono assertivo di un modello linguistico inducono l'utente a fidarsi della risposta, anche quando il modello sta generando informazioni false. Il tono non è un indicatore di accuratezza.

Come si cerca di risolvere: tre approcci

Gli ingegneri non sono rimasti a guardare. Esistono tre approcci principali per ridurre le allucinazioni.

Tutti e tre migliorano il risultato. Nessuno risolve il problema alla radice — perché il meccanismo di base, predire la parola successiva, non è stato progettato per verificare la verità.

1. RLHF — Insegnare al modello cosa gli esseri umani preferiscono

• RLHF (Reinforcement Learning from Human Feedback)

Tecnica in cui esseri umani valutano le risposte del modello — dicendo quale è migliore tra due opzioni — e queste

valutazioni vengono usate per affinare ulteriormente i pesi. È come assumere un insegnante che corregge i compiti dopo che il modello ha già finito la scuola.

Limite: il RLHF migliora il comportamento medio, ma non risolve il problema strutturale. Il modello impara a sembrare più accurato — e in molti casi lo diventa davvero. Ma può ancora allucinare.

2. RAG — Dare al modello una memoria esterna verificata

• RAG (Retrieval-Augmented Generation)

Tecnica che affianca al modello linguistico un sistema di ricerca su una base di dati verificata. Prima di generare la risposta, il sistema cerca i documenti più rilevanti (usando la cosine similarity tra vettori) e li fornisce al modello come contesto. Il modello non inventa: sintetizza fonti reali che gli vengono passate in tempo reale.

Limite: funziona bene se la base di dati è affidabile. Se contiene errori, il modello li eredita. E nella sintesi può comunque introdurre distorsioni.

3. Constitutional AI — Il modello che si corregge

• Constitutional AI

Approccio sviluppato da Anthropic in cui il modello viene addestrato a seguire un insieme di principi espliciti — una 'costituzione' — e a valutare le proprie risposte rispetto a quei principi. Il modello impara a chiedersi: questa risposta è accurata? È onesta? Potrebbe causare danni? E a correggersi di conseguenza.

Limite: anche questo approccio non risolve il problema strutturale. Un modello che si autocritica può sbagliare anche nel giudicare se stesso. Ed è molto più facile insegnargli a essere gentile e sicuro che insegnargli a essere vero — perché la gentilezza si misura, la verità no. Un miglioramento significativo, non una soluzione definitiva.

Il limite che resta

Tutti e tre questi approcci condividono

un limite fondamentale: intervengono su un sistema il cui meccanismo di base — predire la parola successiva — non è progettato per verificare la verità.

È come costruire un ottimo navigatore GPS su una mappa disegnata a mano, e poi aggiungere sensori sempre più sofisticati per correggere gli errori della mappa. I sensori migliorano il risultato. Ma la mappa resta disegnata a mano.

L'allucinazione non è un difetto di fabbricazione. È il prezzo della potenza. Migliorarla è possibile. Eliminarla del tutto, con questa architettura, probabilmente no.

Conclusione — Il Cerchio si Chiude E così il cerchio si chiude.

Una manciata di sabbia grigia, estratta dalla terra.

Trasformata in miliardi di rubinetti microscopici su una lastra di silicio.

Attraversata da corrente elettrica guidata dal codice umano.

Strutturata in una rete di neuroni artificiali — ciascuno elementare, tutti insieme straordinari.

Addestrata su miliardi di testi, con miliardi di correzioni, finché i pesi hanno trovato la configurazione giusta.

Dotata di un meccanismo che legge le relazioni tra tutte le parole contemporaneamente.

Capace di sorprenderci. E a volte di ingannarci.

Quando parli con un'intelligenza artificiale, non stai parlando con una macchina. Stai ascoltando l'eco di tutta la scrittura umana — filtrata, distillata, e restituita a te da una manciata di sabbia intelligente.

E quando sbaglia — quando inventa un libro mai scritto o una data mai esistita — non sta mentendo. Sta semplicemente seguendo il sentiero più battuto, anche quando quel sentiero porta nel vuoto.

Il sentiero lo abbiamo scavato noi. Con le nostre parole, i nostri testi, i nostri errori e le nostre intuizioni.

La sabbia ha imparato da noi.

Glossario — Termini chiave — versione espansa

Rispetto all'originale, questo glossario aggiunge note ed esempi non presenti nel testo principale.

Addestramento (training)

La fase in cui il modello impara dai dati. Dura settimane su migliaia di GPU. Va distinto dall'inference — la fase in cui il modello risponde — che è molto più leggera.

Allucinazione

Fenomeno per cui il modello genera informazioni false con tono sicuro. Non è un bug: è una conseguenza strutturale del fatto che il modello predice, non verifica. Regola pratica: non fidarsi mai di un modello per fatti verificabili senza controllare la fonte.

Backpropagation

Algoritmo che risale all'indietro nella rete per capire quanto ogni peso ha contribuito all'errore.

Inventato negli anni '80, è ancora alla base di quasi tutto l'addestramento moderno.

Chip (processore)

Lastra di silicio su cui sono incisi miliardi di transistor. CPU per operazioni generali; GPU per calcoli paralleli massivi — fondamentale per l'IA.

Confidence trap

La tendenza a fidarsi di una risposta fluente anche quando il modello sta inventando. Il tono assertivo non è mai un indicatore di accuratezza.

Constitutional AI

Approccio di Anthropic in cui il modello valuta e corregge le proprie risposte secondo principi espliciti. Uno dei tre approcci principali per ridurre le allucinazioni.

Cosine similarity (similarità coseno)

Misura dell'angolo tra due vettori. Da -1 (opposti) a +1 (identici). È alla base sia del meccanismo di attenzione del Transformer sia dei sistemi RAG.

Distanza euclidea

Distanza in linea retta tra due punti. Inganna quando i vettori hanno scale diverse — per questo si preferisce la cosine similarity nel linguaggio.

Embedding

Trasformazione di parole in vettori numerici che ne catturano il significato. La stessa parola in lingue diverse tende ad avere embedding simili.

Funzione di perdita (loss function)

Formula che misura quanto la risposta del modello si discosta da quella corretta. L'addestramento è essenzialmente una minimizzazione continua di questa funzione.

Gradient descent

Tecnica per ridurre l'errore a piccoli passi nella direzione giusta. Il tasso di apprendimento determina quanto grandi sono i passi.

GPU

Chip specializzato per calcoli paralleli. Nata per i videogiochi, è diventata il motore dell'IA moderna.

Peso (parametro)

Numero che regola la forza di una connessione — ovvero il legame tra due concetti. Più è alto, più forte è quell'attrazione. Il neurone non diventa più intelligente: diventano giusti i numeri con cui moltiplica.

RAG (Retrieval-Augmented Generation)

Tecnica che fornisce al modello documenti verificati prima che generi la risposta. Riduce le allucinazioni su argomenti specifici — se la base dati è affidabile.

Rete neurale

Sistema di calcolo composto da strati di neuroni artificiali. La somiglianza con il cervello biologico è quasi solo nominale.

RLHF (Reinforcement Learning from Human Feedback)

Tecnica in cui valutatori umani giudicano le risposte del modello. Quelle valutazioni affinano ulteriormente i pesi.

Self-attention

Meccanismo del Transformer che calcola le relazioni tra tutte le parole di una frase. Matematicamente equivalente a calcolare la cosine similarity tra ogni coppia di parole nel contesto.

Semiconduttore

Materiale che conduce l'elettricità solo in certe condizioni. Il silicio drogato ne è l'esempio più importante.

Silicio

Elemento ricavato dalla sabbia. Il silicio puro conduce pochissimo; quello drogato — con impurità aggiunte intenzionalmente — diventa semiconduttore controllabile.

Spazio vettoriale

Spazio matematico multidimensionale in cui ogni parola occupa una posizione. La geometria di questo spazio rispecchia la geometria del significato — quella che era nascosta nel linguaggio da sempre.

Temperatura

Parametro che controlla la variabilità

del modello. Alta: creatività e variabilità. Bassa: risposte prevedibili e precise. Spiega perché lo stesso prompt produce risposte diverse ogni volta.

Token

Unità base con cui i modelli leggono il testo. Non sempre corrisponde a una parola intera. La finestra di contesto è il limite massimo di token elaborabili in una volta.

Transformer

Architettura introdotta nel 2017 che ha rivoluzionato l'IA. Alla base di GPT, Claude, Gemini e tutti i loro successori.

Transistor

Interruttore microscopico in silicio. I transistor più piccoli oggi misurano circa 2 nanometri — 50.000 volte più sottili di un capello.

Vettore

Sequenza di numeri che rappresenta una parola nello spazio matematico. La direzione codifica il significato; la lunghezza di solito indica la frequenza d'uso.

FAUSTO BODINI

Guselkumab per la colite ulcerosa: remissione in oltre 80% casi

In adulti con colite ulcerosa attiva, da moderata a severa, che avevano precedentemente avuto una risposta inadeguata, perso la risposta o erano risultati intolleranti alla terapia convenzionale o al trattamento biologico, il trattamento con guselkumab alla settimana 140 ha dimostrato risultati clinici, endoscopici e istologici sostenuti. Sono i nuovi dati a lungo termine dello studio di estensione Quasar, presentati al congresso 2026 della European Crohn's and Colitis Organisation (Ecco) che si è svolto in questi giorni a Stoccolma (Svezia). In particolare - informa una nota - il trat-

tamento con guselkumab nei regimi di dosaggio 100 mg ogni 8 settimane (Gus100) e 200 mg ogni 4 settimane (Gus200) ha portato l'80,8% dei pazienti alla remissione clinica. Inoltre, il 78,6% ha ottenuto un miglioramento istologico-endoscopico della mucosa (Hemi) e il 53,6% ha raggiunto la remissione endoscopica (per tutti i valori, media di Gus100 e Gus200). La colite ulcerosa è una condizione cronica che può impattare la vita dei pazienti in modo significativo. Ridurre il rischio di recidiva è una sfida terapeutica importante, per questo la remissione endoscopica e il mi-

glioramento istologico sono endpoint fondamentali per ridurre il rischio di recidiva. "La colite ulcerosa - afferma Silvio Danese, direttore Unità di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva, Irccs Ospedale San Raffaele e università VitaSalute San Raffaele di Milano - è una condizione che perdura per tutta la vita e che può avere un impatto significativo sulla salute generale dei pazienti. Per questo motivo sono necessarie opzioni terapeutiche che rimangano efficaci e ben tollerate nel corso del tempo. Lo studio di estensione a lungo termine Quasar dimostra la capacità di guselkumab

di mantenere risultati duraturi ed esiti costanti, indipendentemente dall'utilizzo o meno di un precedente trattamento biologico o di Jak inibitori. Grazie all'elevata percentuale di aderenza allo studio e all'assenza di nuove segnalazioni di sicurezza, questi dati corroborano l'uso a lungo termine di guselkumab nella colite ulcerosa". Circa l'89% dei partecipanti eligibili allo studio ha completato il trattamento fino alla settimana 140 (media di Gus100 e Gus200). Inoltre, quasi tutti i partecipanti che hanno raggiunto la remissione clinica alla settimana 140

non hanno ricevuto corticosteroidi per almeno 8 settimane. Lo studio ha mostrato inoltre che l'87,5% era già in remissione clinica alla settimana 44 e l'hanno mantenuta fino alla 140. L'efficacia è stata mantenuta a prescindere dal precedente trattamento con farmaci biologici e/o Jak inibitori. Non sono emersi nuovi segnali di sicurezza. "I risultati presentati recentemente al congresso Ecco evidenziano i rilevanti miglioramenti endoscopici ottenibili con guselkumab, confermando il suo potenziale nel migliorare gli esiti clinici per i pazienti con colite ulcero-

sa - afferma Alessandra Baldini, direttrice medica Johnson & Johnson Innovative Medicine Italia - I pazienti che raggiungono una remissione endoscopica sperimentano un minor numero di riacutizzazioni e una ridotta necessità di ricorrere ai corticosteroidi o alla chirurgia nel tempo. Questi risultati ci incoraggiano e ci motivano a rimanere focalizzati sul fornire trattamenti che aiutino un numero sempre maggiore di pazienti ad ottenere un controllo significativo e duraturo della malattia".

La metastasi in tre dimensioni: svelato il suo disegno architettonico

La metastasi è spesso immaginata come qualcosa di molto caotico: cellule tumorali che si staccano, si disperdono, proliferano senza controllo. I risultati di uno studio suggeriscono qualcosa di diverso, per certi aspetti inquietante, per altri straordinariamente importante per chi cerca di fermare il cancro. I tumori più difficili da curare potrebbero crescere non attraverso il disordine, bensì attraverso una sorta di disegno "rubando", per così dire, uno dei programmi più belli della vita, quello che permette di costruire un embrione, e piegandolo a strumento di malattia. L'Università di Padova, lo IOV e l'Istituto AIRC di Oncologia Molecolare, hanno mostrato che il tumore al seno metastatico non si espande in modo casuale, ma attraverso un disegno ordinato. Gli scienziati hanno per questo effettuato ricostruzioni in tre dimensioni di tumori umani e altri sistemi sperimentali. "Il cancro, come ogni organo e come ogni forma vivente, - spiega Stefano Piccolo, dell'Università di Padova - ha una forma tridimensionale. Abbracciare la terza dimensione è un cambio di prospettiva non solo techni-

co, che porta con sé una visione radicalmente nuova della malattia e possibilità di intervento finora impensabili da una prospettiva esclusivamente piatta. Ciò che abbiamo osservato è, in fondo, semplice da immaginare. Invece di formare un'unica massa densa e rotonda, la metastasi cresce come una delicata rete di cordoni cellulari connessi tra loro. Questi cordoni si dividono, si allungano, si ramificano ancora, diffondendosi nel tessuto come le radici di una pianta, espandendosi in tutte le direzioni. Il risultato è una struttura aperta, molto ordinata, con la forma di una sottile tramatura, e non certo una struttura costruita a caso, o compatta. E questa forma a cordoni intrecciati, come dimostrano i risultati dello studio, è funzionale al successo della metastasi stessa". Il tumore non inventa nulla di nuovo. La sua forza affonda le radici nella natura stessa della vita. La logica di ramificazione seguita da queste cellule metastatiche assomiglia a un processo fondamentale dello sviluppo embrionale - lo stesso tipo di programma biologico che, all'inizio della vita, aiuta a costruire tessuti e organi.

Nell'embrione, questo programma è parte della meraviglia del vivente. Nel cancro quello stesso potere viene distorto: un programma dello sviluppo che si riaccende nel posto sbagliato, al momento sbagliato, usato non per creare un organo sano e nascente, ma per edificare un tumore letale. **I ricercatori hanno scoperto che questo processo è coordinato da un gruppo di geni "capomastro", o geni "architetto", di questo "cantiere" metastatico: i geni ETV.** Tali geni non si limitano a far crescere il tumore genericamente "di più". **Quando questi geni architetto vengono silenziati, i tumori non scompaiono ma perdono la capacità di crescere come reti ramificate** e assumono invece un'architettura più compatta, più solida, più chiusa. Le cellule tumorali possono ancora formarsi nella sede primaria e disseminarsi ad altri organi, ma **nella maggior parte dei casi non riescono a costruire metastasi vere e proprie.** Manca loro il progetto. **Manca loro l'informazione necessaria a edificare la forma più pericolosa della malattia.** I tumori privi di questo programma restano

cellule isolate o piccole lesioni bloccate; sono invece quelli ramificati a dare origine a metastasi manifeste. I risultati dello studio suggeriscono che alcuni tumori primitivi della mammella portano già in sé questo pericoloso piano di costruzione, mentre altri no. **I tumori con architettura ramificata sono quelli associati alla capacità di metastatizzare; i tumori con struttura più compatta e solida assomigliano invece ai tumori non metastatici:** quelli più facilmente controllabili o guaribili, perché non possiedono le istruzioni per costruire metastasi. Il programma di ramificazione, già visibile nel tumore primario, sembra identificare in anticipo le lesioni destinate a diffondersi. Questo cambia il modo di guardare al cancro. Di solito descriviamo i tumori in termini di mutazioni, velocità di crescita, resistenza ai farmaci. Ma i dati ottenuti in questo studio suggeriscono che **il cancro deve essere compreso anche come architetture**

ra. La metastasi non è solo una questione di geni alterati o di cellule che proliferano senza freni. È anche una questione di costruzione. Un tumore pericoloso ha in sé un preciso programma per edificarsi a distanza. Un programma che proviene da uno dei meccanismi più antichi della biologia: quello che, all'inizio, ha costruito noi. Dai dati dello studio emerge anche un possibile punto debole nella struttura, un possibile punto di cedimento: il tumore infatti non ha solo "rubato" il programma embrionale, ma ne ha ereditato anche le vulnerabilità. "Le analisi multi-omiche hanno rivelato che questi 'geni architetto' non agiscono da soli, ma attivano un'intera rete di segnali dello sviluppo embrionale - spiega il professor Massimiliano Pagani, - Questo significa che non abbiamo un solo bersaglio, ma un'intera logica di costruzione da smontare, e questo moltiplica le possibilità di intervento terapeutico". I risultati del progetto aprono a un modo nuovo di

vedere la fase più mortale del cancro. Lo studio, che è stato pubblicato sulla rivista Cell, realizzato dai ricercatori italiani dell'Università di Padova, apre a nuove possibilità di trattamento per i tumori più difficili da curare. Sono ormai noti, infatti, i segnali molecolari chiave per la formazione degli organi e, bloccandoli, i tumori non riescono a produrre metastasi vere e proprie, divenendo di fatto più facili da controllare. Alla ricerca hanno contribuito anche l'Università di Milano, l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma e l'Istituto Oncologico Veneto di Padova, insieme all'Istituto Neurologico Carlo Besta e all'Istituto Fondazione di Oncologia Molecolare (ILFOM) di Milano.

Gli autori dello studio hanno scoperto che, quando i geni architetto vengono spenti, i tumori perdono la capacità di crescere come reti ramificate e assumono invece un'architettura più compatta, che le attuali terapie possono colpire in maniera più efficace.

Resistenza all'insulina come fattore rischio per 12 tumori.

La resistenza all'insulina è un fattore di rischio per 12 tumori, tra cui cancro del colon, pancreas, seno, esofago, reni, utero. Lo rivela uno studio dell'Università di Tokyo, pubblicato sulla rivista Nature Communications. La sua presenza aumenta il rischio di sviluppo di malattie cardiovascolari, renali ed epatiche. Gli esperti hanno prima sviluppato un modello basato sull'"intelligenza artificiale per predire, sulla base di 9 fattori clinici che sono facilmente ottenibili con esami di routine, chi rischia di sviluppare la resistenza all'insulina. Il loro modello, Ai-Ir, è stato addestrato utilizzando gruppi indipendenti di individui provenienti dagli Stati Uniti e da Taiwan, una raccolta di dati medici anonimizzati su oltre mez-

zo milione di persone. Attraverso test e verifiche rigorosi, il team ha concluso che l'Ai-Ir è superiore agli attuali strumenti standard come il peso e l'altezza della persona nel prevedere la resistenza all'insulina.

Per la prima volta, poi, i ricercatori giapponesi hanno applicato lo strumento ai partecipanti della Biobanca britannica e hanno dimostrato che la resistenza all'insulina è un fattore di rischio per 12 tipi di cancro, in particolare sei (cancro del colon, pancreas, seno, esofago, reni, utero); ma si rilevano associazioni anche con cancro della pelvi renale, intestino tenue, stomaco, fegato e cistifellea, leucemia, bronchi e polmone. "Con l'AI-IR - spiega l'autore principale Yuta Hirai-

ke - abbiamo fornito la prima prova su scala di popolazione che la resistenza all'insulina è un fattore di rischio per il cancro. E poiché i nove parametri di input per l'Ai-Ir sono ottenuti attraverso controlli sanitari standard, l'Ai-Ir potrebbe essere facilmente implementato per identificare individui ad alto rischio e consentire uno screening mirato di diabete, malattie cardiovascolari e cancro", continua Hiraike. "Lo strumento ha ottenuto ottime prestazioni predittive; fornisce un'alternativa solida e scalabile per valutare la resistenza all'insulina su scala di popolazione", conclude.

Oms: Nessun legame tra i vaccini e autismo.

DUE RICERCHE ESCLUDONO OGNI CONNESSIONE, ANCHE PER I PRODOTTI CON THIMEROSAL O ALLUMINIO

"Non esiste alcun nesso causale tra vaccini e disturbi dello spettro autistico". Lo ribadisce l'Oms sulla base di due nuove analisi condotte dal Comitato consultivo globale sulla sicurezza dei vaccini (Gacvs). I due lavori hanno passato in rassegna la letteratura recente sull'argomento. Il primo si è concentrato sul legame tra i vaccini - specie quelle contenenti il conservante **Thimerosal** - e l'insorgenza di autismo attraverso l'**analisi di 31 studi precedenti**. Venti di questi studi, "che erano metodologicamente più

rigorosi, **non hanno trovato prove a sostegno di un'associazione tra vaccini e autismo, indipendentemente dal contenuto Thimerosal**", spiega l'Oms. Gli altri undici studi, invece, suggerivano un legame, tuttavia "avevano molteplici e significativi problemi metodologici". In conclusione, sintetizza l'Oms "il grande corpus di prove scientifiche di alta qualità disponibili continua a sostenere fortemente il profilo di sicurezza positivo e l'assenza di un legame causale con i disturbi dello spettro autistico". Stes-

so responso è arrivato dal secondo lavoro di ricerca, che si è concentrato sui vaccini contenenti **alluminio**. **Diciassette studi** di buona qualità hanno **escluso ogni legame con l'autismo**, mentre i due da cui emergeva un'associazione erano di bassa qualità e "per modalità di progettazione incapaci di dimostrare la causalità". Sulla base di questi risultati, l'Oms ha concluso "che **non vi è alcuna prova di una relazione causale tra vaccini e disturbi dello spettro autistico**".

Vaccino antinfluenzale. Dal prossimo anno possibile con tecnologia a mRNA

Dal prossimo anno anche il vaccino antinfluenzale potrebbe avvalersi della tecnologia a mRNA, negli over 50, già utilizzata con successo durante la pandemia da Covid-19. Lo ha annunciato il professor Roberto Ieraci, consulente per le campagne vaccinali della Regione Lazio, nel corso della trasmissione "La nostra sanità", andata in onda ieri sera su Fimmg Lazio TV. Secondo Ieraci, l'introduzione della tecnologia a mRNA rappresenterebbe un cambiamento significativo nella strategia di prevenzione dell'influenza stagionale. Il principale vantaggio riguarda i tempi di produzione, che si ridurrebbero drasticamente: dagli attuali sei mesi a circa due mesi. Questo consentirebbe di sviluppare vaccini più rapidamente e, soprattutto, più aderenti alle varianti virali emergenti. «Il vaccino - ha spiegato Ieraci - nascerebbe con una maggio-

re affinità alla protezione», proprio grazie alla possibilità di aggiornare il prodotto in tempi molto più brevi rispetto alle tecnologie tradizionali. Un aspetto cruciale in un contesto in cui il virus influenzale è soggetto a continue mutazioni. Il professor Ieraci ha inoltre sottolineato l'importanza di accompagnare questa innovazione con un'attenta analisi dell'impatto sulla copertura vaccinale, in particolare nella popolazione anziana, che rappresenta la fascia più vulnerabile alle complicanze dell'influenza. Resta infatti fondamentale valutare se e come la nuova tecno-

logia possa migliorare l'adesione alla vaccinazione e rafforzare la protezione dei soggetti a rischio. L'eventuale introduzione del vaccino antinfluenzale a mRNA potrebbe quindi segnare una nuova fase nella prevenzione, aprendo la strada a campagne vaccinali più efficaci e tempestive.



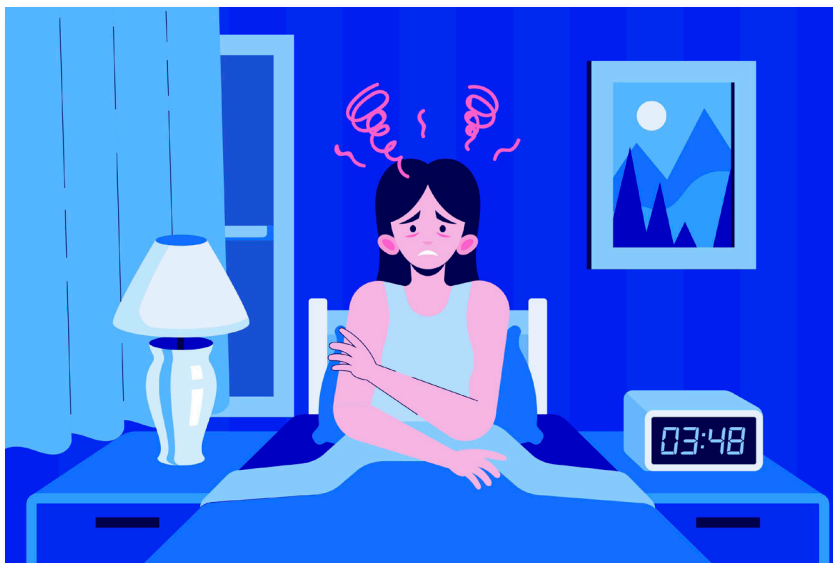
freepik.com > Fonte dell'immagine: 1400719 > Immagine di Freepik

Spuntino notturno

UNO STUDIO SVELA IMPATTO SU INTESTINO

Snack di mezzanotte antistress? È capitato a tutti, nelle notti insonni, di cedere alla tentazione di uno spuntino quando tutti dormono e il sole è calato ormai da ore. Ma non è una buona idea. Parola di scienziati. Una nuova ricerca, che verrà presentata alla Digestive Disease Week (Ddw) 2026, svela l'impatto che l'alimentazione notturna ha sull'intestino, in combinazione proprio con lo stress. È noto che questa combinazione - stress cronico e pasti fuori orario - può alterare la funzionalità intestinale. Lo studio suggerisce che mangiare a tarda notte amplifica questi effetti, con implicazioni sia per la salute dell'apparato digerente che per il microbiota intestinale. "Non conta solo cosa si mangia, ma anche quando lo si mangia", avverte Harika Dadigiri, prima autrice dello studio e specializzanda del New York Medical College - Saint Mary's and Saint Clare's Hospital. "È quando siamo già sotto stress, quel momento può rappresentare un 'doppio colpo' per la salute intestinale".

I ricercatori hanno analizzato i dati di oltre 11mila partecipanti al National Health and Nutrition Examination Survey per esaminare i legami tra stress cronico, consumo di pasti a tarda notte e disfunzioni intestinali. Risultato: le persone con un punteggio elevato in termini di stress fisiologico cumulativo riflesso nell'indice di massa corporea (Bmi), nel livello di colesterolo e nella pressione sanguigna, che hanno anche riferito di consumare più del 25% delle calorie giornaliere dopo le 21, avevano una probabilità 1,7 volte maggiore di soffrire di problematiche intestinali rispetto a chi aveva punteggi inferiori e non mangiava a tarda notte. Analogamente, i dati di oltre 4mila partecipanti all'American Gut Project hanno evidenziato che le persone con alti livelli di stress e abitudini alimentari notturne avevano una probabilità 2,5 volte maggiore di



segnalare problemi intestinali. Queste persone presentavano una diversità del microbiota intestinale significativamente inferiore, il che suggerisce che l'orario dei pasti potrebbe amplificare l'impatto dello stress sul microbiota attraverso l'asse intestino-cervello, ovvero il sistema di comunicazione bidirezionale che coinvolge nervi, ormoni e batteri intestinali.

Lo studio è di tipo osservazionale, quindi i risultati evidenziano associazioni, piuttosto che rapporti di causa-effetto, precisano gli esperti. Sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere meglio come stress, abitudini alimentari e salute intestinale siano collegati. Tuttavia, i risultati sottolineano la crescente consapevolezza che si sta acquisendo dell'importanza della 'crononutrizione': cioè dell'influenza del ritmo circadiano del corpo sul modo in cui l'organismo elabora il cibo. Dopo lunghe e faticose giornate, è comprensibile concedersi uno spuntino a tarda notte, osserva Dadigiri, che si annovera tra chi cede a questa abitudine controproducente. "Non voglio certo fare la parte della

'polizia del gelato', sorride la ricercatrice. "Tutti dovrebbero mangiarlo, ma magari preferibilmente al mattino. Piccole abitudini costanti, come mantenere una routine alimentare strutturata, possono contribuire a promuovere un'alimentazione più regolare e a sostenere la funzione digestiva nel tempo", conclude.

Imponibile giù fino al 60% per i medici che tornano in Italia

Mille all'anno sono i medici italiani che richiedono il certificato di "onorabilità professionale" (*certificate of good standing*), necessario per trasferirsi e lavorare all'estero. Questo documento è indispensabile per attestare l'assenza di sanzioni o procedimenti disciplinari a carico del medico in Italia.

STIPENDI NON ADEGUATI E SICUREZZA

A trasferirsi sono spesso giovani medici, specializzandi o specialisti. Tra le cause di questa "fuga" ci sono la scarsa qualità di lavoro e di vita, gli stipendi non adeguati (l'Italia è tra gli ultimi in Europa per stipendi dei medici), la mancanza di sicurezza che mette gli operatori a rischio, anche di aggressioni.

Dai dati della Fnomceo, nel periodo dal 2019 al 2023, sarebbero 38.985 i medici andati a lavorare all'estero e la tendenza si starebbe accentuando come dimostrano le circa 11mila partenze registrate tra il 2022 e il 2023.

3,5 MILIARDI DI EURO VOLATI ALL'ESTERO

La formazione di un medico costa allo Stato italiano 41.000 euro per sei anni di laurea che, con i costi per la specializzazione, salgono a circa 150-160.000 euro pro-capite.

Inoltre, anche nel settore infermieristico esiste una forte migrazione: quelli italiani all'estero sarebbero circa 30mila, a fronte di una spesa individuale di circa 22.500 euro sostenuta dallo Stato per 5 anni di formazione (13.500 sul triennio: circa 4.500 euro/anno).

Questo si tradurrebbe, negli ultimi anni, in circa 3,5-3,6 miliardi di euro "investiti" nella formazione di medici e infermieri, che sono ormai patrimonio di altre nazioni.

I VANTAGGI PER CHI RIENTRA

Dal 2024, i medici che rientrano in Italia

dall'estero possono beneficiare di un regime fiscale agevolato. Questo regime prevede una riduzione del 50 per cento dell'imposta sul reddito prodotto in Italia per un periodo di 5 anni, con possibilità di estensione a 8 anni.

L'agevolazione si applica sia ai lavoratori dipendenti che a quelli autonomi con partita iva, a condizione che trasferiscano la residenza fiscale in Italia e che il loro reddito agevolabile non superi i 600.000 euro annui.

I REQUISITI

I requisiti fondamentali per accedere a questa agevolazione includono:

- iscrizione all'Aire o residenza all'estero nei tre anni precedenti il rientro;
- impegno a risiedere in Italia per almeno 4 anni;
- svolgimento di attività lavorativa nel territorio italiano.

All'agevolazione fiscale, che prevede una tassazione ridotta al 50 per cento sui redditi da lavoro dipendente o autonomo, possono essere applicate ulteriori agevolazioni riducendo la tassazione al 40 per cento (60 per cento di esenzione), in presenza di figli minori a carico o in caso di acquisto di un'abitazione in Italia.

DURATA DELL'AGEVOLAZIONE E LIMITI

Il beneficio dura 5 periodi d'imposta, con la possibilità di estensione a 8 periodi se il medico ha figli minori o acquista casa.

Il nuovo regime presenta alcune limitazioni rispetto a quello precedente al 2024, concentrandosi maggiormente sulla qualifica professionale e non applicandosi se il rientro avviene presso lo stesso datore di lavoro precedente. Ricordiamo, a paragone, che un regime di tassazione temporaneo più agevolata viene riconosciuto ai docenti e ai ricercatori che trasferiscono la residenza fiscale in Italia per eserci-

tarvi la propria attività lavorativa (articolo 44, DI n. 78/2010).

Per costoro, nel periodo d'imposta in cui la residenza viene trasferita e nei successivi 5 periodi, gli emolumenti percepiti concorrono alla formazione del reddito di lavoro dipendente o autonomo nella misura del 10 per cento del loro ammontare e sono esclusi dal valore della produzione netta ai fini dell'Irap. Riguardo ai lavoratori dipendenti, l'agevolazione Irap spetta ai sostituti d'imposta che erogano le retribuzioni.

COSA FARE APPENA RIENTRATI IN ITALIA

Al rientro in Italia dall'estero è necessario armarsi di tanta pazienza e predisporre il dossier documentale: una cartellina che conterrà tutti i documenti che indicano il trasferimento della residenza dall'estero.

L'Agenzia delle Entrate non comunicherà immediatamente se ci si considera residenti fiscalmente o meno. Si dovrà aspettare che l'attività di accertamento sia eseguita, con il rischio, quindi, dopo 5-6 anni, di poter ricevere una lettera che informa di non poter beneficiare delle agevolazioni di cui si sia già usufruito nel frattempo.

Dopo 5 anni, è estremamente difficile ricostruire analiticamente i propri movimenti. È quindi necessario agire anticipatamente e prepararsi per tempo. Si potranno così evitare accertamenti, sanzioni e il pagamento di interessi in caso di verifica da parte degli uffici di Agenzia delle Entrate. E si sarà pronti a fornire i documenti richiesti e concludere velocemente la verifica.

AUTOCERTIFICAZIONE

Per richiedere il bonus impatriati è necessario produrre al datore di lavoro una dichiarazione sostitutiva che indichi il rispetto dei requisiti e la richiesta di applicazione del beneficio fiscale.

CLAUDIO TESTUZZA

Disabilità Inps: dal 1 marzo nuove regole accertamento.

Dal primo marzo si estende ancora la sperimentazione della riforma della disabilità con l'introduzione delle nuove regole. La riforma prevede che l'Inps sia l'unico accertatore della condizione di disabilità e che questo sarà operativo nell'intero territorio nazionale dal primo gennaio 2027. Una delle novità della riforma "è la nuova modalità di avvio del procedimento valutativo di base, che prevede l'invio telematico all'Inps del nuovo "certificato medico introduttivo", il quale rappresenta l'unica procedura per la presentazione dell'istanza volta all'accertamento della disabilità, che non deve essere più completata con l'invio della "domanda amministrativa" da parte del cittadino o degli Istituti di patronato o intermediari autorizzati". Tutti i "certificati medici introduttivi", redatti fino al 28 febbraio 2026 secondo le pregresse modalità nelle 40 province interessate dalla terza fase della sperimentazione, devono essere inderogabilmente completati con la trasmissione all'Inps della domanda amministrativa entro la medesima data del 28 febbraio 2026. Ai fini della trasmissione della domanda il cittadino può rivolgersi anche agli Istituti di

patronato o agli intermediari autorizzati".

Costituisce presupposto per l'avvio del procedimento valutativo di base sulla disabilità "la trasmissione telematica all'Inps di un certificato medico rilasciato dai medici in servizio presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, i centri di diagnosi e cura delle malattie rare. Il certificato medico potrà essere rilasciato e trasmesso anche dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta, dagli specialisti ambulatoriali del SSN, dai medici in quiescenza iscritti all'albo, dai liberi professionisti e dai medici in servizio presso strutture private accreditate, come individuati dall'Inps". "Il possesso del profilo di medico certificatore rappresenta un requisito indispensabile per la compilazione e la trasmissione del "certificato medico introduttivo", che deve avvenire unicamente tramite il servizio "Certificato medico introduttivo - Invalidità civile" disponibile sul sito istituzionale www.inps.it, accedendo con la propria identità digitale. Il decreto che riforma la disabilità introduce la "valutazione di base"

ovvero un procedimento unitario e multidisciplinare volto ad accertare la condizione di disabilità e l'intensità dei sostegni necessari sostituendo i vecchi accertamenti frammentati (cecità, sordità, ecc). La valutazione di base è finalizzata al riconoscimento della condizione di disabilità, all'accertamento dell'invalidità civile e all'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva, ai fini dell'inclusione scolastica. Il decreto sancisce, inoltre, il diritto delle persone con disabilità a richiedere l'attivazione di un "progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato", per favorire l'inclusione e la partecipazione nei diversi ambiti di vita. Questo progetto di vita, sottolinea il decreto di riforma, "elaborato in collaborazione con la persona con disabilità e i suoi familiari, dovrà tenere conto delle esigenze, dei desideri e delle aspettative dell'individuo, promuovendo la sua autonomia e partecipazione attiva nella società". L'obiettivo principale è garantire il riconoscimento della condizione di disabilità e dei relativi diritti civili e sociali, compreso il diritto alla vita indipendente.

Andare in pensione nel 2026 con "Opzione donna"

Molte donne medico sono andate, in passato, in pensione anticipata grazie alla formula prevista dalla così detta "opzione donna". Non esiste un dato pubblico specifico e aggiornato che

indichi l'esatto numero. Ma da una valutazione dei sindacati degli ospedalieri si ritiene che sia stato particolarmente elevato.

QUANDO NASCE

Con l'enorme crescita dei criteri introdotti dalla riforma Fornero per molte dottoresse si è evidenziato, da subito, la difficoltà di proseguire il rapporto

d'impiego fino alle date previste. Il carico di lavoro, diventato sempre più gravoso (turni notturni, pronta disponibilità e altro) e non indifferenti impegni familiari e sociali, hanno sollecitato, in molte dottoresse, la voglia di andare in pensione anticipata grazie alla norma per loro ideata.

“Opzione donna” era stata introdotta già nel 2004 dal ministro del Lavoro, Roberto Maroni, in via sperimentale e poi prorogata fino al 2015. Come spesso accade in Italia, la norma è stata poi riconfermata anno per anno in attesa di una sistemazione più organica riguardo al tema della flessibilità in uscita.

La facoltà della legge Maroni (articolo 1, comma 9 della legge 243/2004), consentiva di anticipare l'uscita di diversi anni rispetto alle regole ordinarie che, richiedono il perfezionamento di almeno 41 anni e 10 mesi di contributi indipendentemente dall'età anagrafica (pensione anticipata) o il raggiungimento di un'età anagrafica pari a 67 anni unitamente a 20 anni di contributi (pensione di vecchiaia).

Nel rapporto di monitoraggio sull'utilizzo dell'“opzione donna”, l'Inps ha indicato che le domande accolte nei quattro anni, dal 2019 al 2022, sono state 83mila, su un totale di circa 174mila dall'introduzione della legge, con una media di 21mila pensionamenti annuali nel quadriennio.

Nel 2023, sono state solo 11.996. Ma ancora di meno nel 2024. A evidenziarlo è il monitoraggio dell'Istituto sui flussi di pensionamento, dal quale emerge il crollo di opzione donna con soli 3.489 accessi alla pensione.

GIRO DI VITE NEL 2023-2024

La causa principale sta nei requisiti molto più stringenti, rispetto alle versioni di qualche anno fa, introdotti prima con la legge di bilancio 2023 e poi

ancor di più con la legge di bilancio 2024.

Anche la legge di bilancio per il 2025 (207/24) aveva prorogato la possibilità di andare in pensione, per le donne, anticipatamente, mantenendo i requisiti già previsti per il 2024.

Potevano optare per questa procedura le lavoratrici che entro il 31 dicembre 2024 avessero maturato un'anzianità contributiva pari o superiore a 35 anni e un'età anagrafica di almeno 61 anni, ridotta di un anno per ogni figlio, nel limite massimo di due anni. E che si trovassero in una delle seguenti condizioni:

- assistere, al momento della richiesta e da almeno sei mesi, il coniuge o un parente di primo grado convivente con handicap in situazione di gravità (articolo 3, comma 3, l. 5 febbraio 1992, n. 104), ovvero un parente o un affine di secondo grado convivente qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 70 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti;
- abbiano una riduzione della capacità lavorativa, accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile, superiore o uguale al 74 per cento;
- siano lavoratrici licenziate o dipendenti da imprese per le quali è attivo un tavolo di confronto per la gestione della crisi aziendale.

Peraltro, nell'ultima ipotesi, la riduzione massima di due anni del requisito anagrafico di 61 anni si applica a prescindere dal numero di figli.

NOVITÀ DAL 2026

Con la legge di Bilancio 2026, il legislatore ha scelto di non estendere ulteriormente l'opzione per le lavora-

trici che raggiungono l'età richiesta quest'anno. Tuttavia, va ricordato che resta salva la posizione di chi ha già maturato i requisiti entro il termine previsto dalla normativa precedente.

Lo ha confermato l'Inps con la sua circolare n.19 del 2026, con cui viene sottolineato che resta, comunque, ferma la possibilità di accedere alla forma di pensionamento anticipato per coloro che possano fare valere le condizioni vigenti prima della legge di Bilancio 2026 e i previsti requisiti entro la data del 31 dicembre 2024. Questa condizione potrà essere esercitata anche nel futuro. La normativa conferma, infatti, il principio della cristallizzazione del diritto.

COME FUNZIONA

Ricordiamo che l'Opzione Donna prevede una finestra mobile (differimento nell'erogazione dell'assegno) di 12 mesi per le lavoratrici dipendenti e 18 mesi per le autonome, calcolata dal perfezionamento dei requisiti.

Ma il dato più negativo di questa scelta consisteva e consiste nella condizione che il provvedimento prevede per le lavoratrici di accedere alla pensione anticipata accettando un ricalcolo contributivo dell'importo dell'assegno che viene basato sui contributi effettivamente versati durante la carriera lavorativa. Un meccanismo che ha comportato una riduzione fino al 30 per cento dell'importo rispetto al calcolo retributivo.

Le lavoratrici che hanno utilizzato, o utilizzeranno ancora questo canale, hanno, quindi, rinunciato ad una parte consistente del proprio assegno pensionistico in cambio della possibilità di lasciare il lavoro in anticipo.

CLAUDIO TESTUZZA

Liberi professionisti: le coperture per i primi 30 giorni di malattia

Per chi esercita la libera professione medica, l'assenza dal lavoro per malattia o infortunio rappresenta un rischio concreto che incide direttamente sul reddito. E questo può essere proprio il momento giusto per tenere conto di un aspetto spesso sottovalutato, ma che può avere conseguenze economiche rilevanti.

A questo proposito, ricordiamo innanzitutto che proprio nel caso dei liberi professionisti l'Enpam prevede un'indennità per malattia o infortunio che scatta dal 31° giorno di assenza. Per i primi 30 giorni di malattia o infortunio, solo i medici di medicina generale hanno una copertura di default, che è finanziata da una trattenuta sul loro compenso.

Per tutti gli altri liberi professionisti le strade possibili sono sostanzialmente due: considerare l'eventualità di un mese di stop come un vero e proprio "rischio d'impresa", accantonando risorse per eventuali periodi di inattività, oppure ricorrere a strumenti assicurativi dedicati.

POLIZZA CONVENZIONATA ENPAM

Per colmare questo vuoto di tutela, Enpam ha stipulato una convenzione con Oris Broker, con copertura garantita da Itas Mutua. La polizza ha un **costo annuo di 120 euro** e prevede un'indennità giornaliera di **150 euro in caso di inabilità temporanea** al lavoro dovuta a malattia o infortunio. Tuttavia, l'indennizzo, che copre fino a tre eventi l'anno, scatta solo se l'assenza supera i 30 giorni.

In altre parole:

- se la malattia dura 29 giorni, non è

previsto alcun risarcimento;

- se supera i 30 giorni, intervengono entrambe le tutele: quella dell'ente previdenziale dal 31°giorno e quella assicurativa per il primo mese, con una franchigia di 5 giorni.

Lo stesso broker propone inoltre agli odontoiatri iscritti all'Andi, una copertura aggiuntiva contro infortuni e malattia che può essere affiancata a quella base da 120 euro e che estende la tutela anche alle assenze inferiori ai 30 giorni.

L'OFFERTA DI SALUTEMIA

Anche SaluteMia può erogare indennità in caso di ricovero e diarie, che risultano utili nei momenti in cui si deve interrompere l'attività lavorativa per motivi di salute.

I piani sanitari offerti dalla mutua di categoria prevedono che, in caso di ricovero, l'iscritto possa optare – al posto del rimborso delle spese sanitarie – per un'indennità giornaliera. Tali indennità vanno da circa 62 euro a 150 euro (per un massimo di 100 giorni), a seconda che il ricovero preveda un intervento chirurgico o meno, e in base alla struttura sanitaria utilizzata.

Il piano sanitario 'Optima salus' prevede invece un'indennità sostitutiva, che può variare da 40 a 100 euro giornalieri.

Quest'ultimo piano sanitario prevede anche una diaria post ricovero per gravi mali, in caso di inabilità lavorativa assoluta temporanea. La diaria è di 37,50 euro e può coprire un massimo di 30 giorni.

Per informazioni più dettagliate è possibile consultare la Guida ai piani sani-

tari sul sito www.salutemia.net.

L'OPZIONE EMAPI

Un'altra possibilità è offerta da Emapi, l'ente di mutua assistenza che riunisce diverse casse previdenziali dei professionisti.

Dopo aver sottoscritto con essa una polizza infortuni, è possibile infatti attivare una copertura aggiuntiva per inabilità temporanea da malattia, destinata proprio ai professionisti. Per iscriversi è possibile entrare nell'area riservata dell'Enpam e poi, tra i Servizi esterni, si può accedere a Emapi.

L'assicurato può scegliere tra due livelli di indennizzo:

- diaria di 50 euro al giorno con costo annuo di 123 euro fino a 55 anni e 194 euro tra 55 e 65 anni;
- diaria di 100 euro al giorno con costo annuo di 241 euro fino a 55 anni e 381 euro tra 55 e 65 anni.

La copertura interviene quando la malattia impedisce temporaneamente lo svolgimento dell'attività professionale e può essere riconosciuta per un periodo massimo di 180 giorni complessivi e fino a un limite pari a 65 anni.

Anche le franchigie previste sono differenziate in base all'età: 5 giorni per chi non ha ancora compiuto 55 anni e 14 giorni per chi ha tra 55 e 65 anni.

Ricordiamo, tra l'altro, che la nuova annualità assicurativa di Emapi ha preso il via lo scorso 1° marzo, ma chi aderisce entro il 31 marzo è coperto comunque per l'intera annualità.

GIUSEPPE CORDASCO

Lavoro e malattia, orari e controlli: come funzionano le visite mediche

Più medici abilitati ai controlli ispettivi Inps sui lavoratori in malattia, con l'obiettivo di controlli più frequenti, e un nuovo servizio online dedicato per i datori di lavoro che vogliono richiedere visite mediche di controllo ai lavoratori in malattia, disponibile sulla Piattaforma digitale nazionale dati (Pdnd). Sono le novità introdotte per il 2026 dalla Legge di Bilancio.

Fasce orarie

Le fasce orarie di reperibilità dei lavoratori, **dalle 10 alle 12 e dalle 17 alle 19**, ogni giorno **compresi festivi e domeniche**, sono le stesse per dipendenti pubblici e privati, in recepimento della sentenza del Tar Lazio n. 16305/2023 che ha annullato la precedente differenziazione.

Assenze per malattia e controlli

Secondo l'Osservatorio statistico sul

Polo unico di tutela della malattia terzo e quarto trimestre 2025, che riporta dati sui certificati medici di malattia e sulle visite mediche di controllo domiciliare effettuate dall'Inps, nel secondo semestre 2025 il numero di certificati medici presentati ha superato i 14 milioni di certificati, in leggero aumento rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (+2,8%). Il 78,7% dei certificati presentati nel secondo semestre del 2025 ha riguardato lavoratori del settore privato. Nello stesso periodo sono state effettuate circa 399 mila visite mediche di controllo, il 3,7% in più rispetto al secondo semestre 2024.

Certificati

In caso di assenza per malattia, il **dipendente** deve ottenere un certificato medico e **rimanere reperibile presso il domicilio indicato per le**

visite fiscali dell'Inps, sottoponendosi ai controlli per verificare la giustificazione dell'assenza. Tra gli obblighi del medico curante c'è l'invio telematico dell'attestato medico all'Inps entro il giorno successivo all'inizio dell'evento.

Il dipendente deve trasmettere copia del documento al datore di lavoro entro due giorni, ma è sufficiente il numero di protocollo, con cui l'azienda può verificare l'attestato sul portale Inps. In tutti i casi di visita medica fiscale Inps, disposta d'ufficio o su richiesta del datore di lavoro, sono applicabili sanzioni per assenze ingiustificate.

NIENTE FATTURE ELETTRONICHE AI PAZIENTI

A seguito dell'entrata in vigore del **Decreto Legislativo 12 giugno 2025, n. 81**, si segnala che **l'articolo 2** del provvedimento ha portato a regime il divieto di **emissione della fattura elettronica tramite Sistema di Interscambio (SdI)** per le prestazioni sanitarie rese nei confronti di persone fisiche (ovvero i nostri assistiti) da parte dei soggetti già tenuti all'invio dei dati al Sistema Tessera Sanitaria tra cui i Medici di Medicina Generale. In altre parole tale divieto, che fino ad oggi vigeva in virtù di una deroga che sarebbe scaduta il 31 dicembre 2025, ha ora carattere strutturale e permanente.

Inoltre lo stesso decreto prevede, all'**articolo 5**, che l'invio dei dati delle spese sanitarie al Sistema TS, fino ad oggi semestrale, **avrà scadenza annuale** già in riferimento alle spese del 2025. Pertanto, **non è necessario alcun invio delle fatture del primo semestre nel mese di luglio**, come previsto negli anni precedenti, bensì nell'anno successivo, entro un termine che sarà stabilito dal Ministero dell'Economia e che provvederemo a comunicarvi.

Commissione FISCO FIMMG

Riforma Schillaci. La riforma mette in pericolo la medicina generale e L'ENPAM

SINDACATI, OPPOSIZIONI ED ENPAM ATTACCANO LA RIFORMA PROPOSTA DAL MINISTRO DELLA
MEDICINA GENERALE.

La proposta di riforma della medicina generale presentata dal ministro della Salute Orazio Schillaci in Conferenza delle Regioni, ha acceso uno scontro politico e sindacale. Il motivo è quello del cosiddetto “doppio canale” (convenzione – dipendenza) che prevede che i medici di famiglia possano scegliere se restare nel regime convenzionale, anche se profondamente riformato, o diventare dipendenti pubblici.

L'obiettivo è quello di rendere operative le Case della Comunità finanziate dal PNRR e di superare un modello che viene considerato inadeguato rispetto alle sfide di una popolazione che invecchia e di una cronicità in costante aumento.

Dalle organizzazioni sindacali agli ordini professionali, fino alle forze politiche e agli enti previdenziali, prevalgono le critiche su metodo e su contenuti, anche se non mancano alcune aperture su singoli aspetti.

A guidare il fronte del dissenso è la **Fimmg**, che usa toni durissimi: “Questo decreto distrugge il medico di famiglia” e rappresenta un provvedimento “mai discusso con le categorie, inattuabile e pericoloso per i pazienti”. Nel mirino c'è soprattutto il “doppio canale” tra convenzione e dipendenza, considerato fonte di squilibri e di possibili fughe dal sistema, soprattutto tra i giovani. Secondo il sindacato, il rischio è un abbandono di massa della medicina territoriale e la perdita del rapporto fiduciario con i cittadini, sostituito da un modello “anonimo” di assistenza.

Critiche altrettanto nette dalla Fnomceo, che definisce la riforma “inefficace, inutile e dannosa” e mette in guardia dal passaggio a un modello in cui il medico diventereb-

be dipendente dell'azienda sanitaria, perdendo la centralità nel rapporto con il paziente. Anche la Federazione dei pediatri (Fimp) denuncia una riduzione dell'autonomia professionale e un aumento della burocratizzazione, chiedendo l'apertura di un confronto reale.

Più articolata la posizione di altri sindacati della medicina generale. Lo Snami si dice favorevole al principio del doppio canale, ma giudica la dipendenza “non realisticamente percorribile” nelle condizioni attuali e chiede soluzioni concrete e sostenibili. Sulla stessa linea lo SMI, che invita a evitare accelerazioni e sottolinea la necessità di chiarire nodi cruciali come il tema della specializzazione e delle tutele contrattuali.

Contraria anche la Cimo-Fesmed, che rappresenta i medici ospedalieri: secondo il sindacato, la dipendenza dei medici di famiglia rischia di creare un conflitto diretto tra professionisti per risorse già scarse, destabilizzando il sistema sanitario. Preoccupazioni anche sull'effettiva capacità delle Case di comunità di reggere il nuovo modello senza un adeguato rafforzamento di personale e servizi.

Sul piano politico, il quadro è frammentato. Forza Italia, con Stefania Craxi, respinge l'idea di medici dipendenti, definendola una burocratizzazione “antistorica” della professione ma al contempo il presidente della Regione Calabria e vice segretario nazionale di Forza Italia, Roberto Occhiuto, si è detto “favorevole alla riforma”, definendola “essenziale e costruita con una chiara impronta liberale”.

Dall'opposizione il Partito democratico, con la Responsabile Sanità Marina Sereni critica il metodo, sottoline-

ando l'assenza di un testo strutturato e il mancato coinvolgimento delle parti interessate. Sulla riforma dei medici di famiglia, il M5S con Mariolina Castellone pone una richiesta chiara: “Il Parlamento e il Paese attendono l'articolo definitivo, non solo uno schema sintetico dopo oltre un anno di attesa. Solo così potremo davvero evitare che le nostre Case della Comunità restino deserte, tradendo la lezione che la pandemia ci ha lasciato”.

Anche Alessio D'Amato (Azione) mette in guardia dal rischio di una fuga dei giovani medici da una riforma che interviene sul contratto più che sui bisogni reali del sistema.

Non mancano tuttavia posizioni più favorevoli con l'UGL esprime un giudizio positivo, vedendo nella riforma uno strumento per rendere operative le Case di comunità e rafforzare l'assistenza territoriale. E anche il presidente della Regione Lazio Francesco Rocca, apprezza l'analisi del ministro ma rinvia il giudizio alla lettura del testo definitivo.

Nel dibattito entra anche la Fondazione **ENPAM** che solleva un ulteriore fronte critico: il **possibile impatto della riforma sull'equilibrio del sistema previdenziale dei medici**. Il passaggio alla dipendenza, significa il passaggio di quanti sceglieranno la dipendenza all'INPS, e quindi un minor gettito previdenziale nelle casse dell'ENPAM, mettendo a rischio la sostenibilità di quel sistema previdenziale.

Prelazione ai figli di medici e odontoiatri nello studentato olimpico a Milano

Una parte dei 1.700 posti letto del Villaggio Olimpico, costruito a Milano per ospitare gli atleti partecipanti ai giochi invernali, saranno riservati ai figli di medici e odontoiatri e agli universitari già **iscritti all'Enpam**.

Al termine dei Giochi Olimpici e Paralimpici Invernali Milano-Cortina 2026, infatti, il Villaggio Olimpico è destinato a essere riconvertito in una moderna struttura di student housing che accoglierà gli studenti iscritti a un'università milanese a partire dal prossimo anno accademico.

ISCRIZIONI A PARTIRE DAL IV ANNO

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 V e VI anno che si sono iscritti al loro ente di previdenza. L'Enpam, infatti, è l'unico ente previdenziale in Italia che consente l'iscrizione agli studenti universitari già a partire dal V e VI anno.

In questo modo, ancor prima di di-

ventare medici o odontoiatri, gli studenti maturano anzianità contributiva e godono di tutte le tutele e le prestazioni solitamente riservate ai loro futuri colleghi in camice bianco. Da ultimo, anche quella di prenotare un posto nello studentato milanese.

Inoltre, il diritto di prelazione potrà essere considerato valido anche per gli studenti di Medicina e Odontoiatria attualmente iscritti al IV anno che, entro l'inizio dell'anno accademico 2026-2027, formalizzeranno l'iscrizione all'Enpam.

“Abbiamo investito in quello che è il più grande studentato d'Italia – ha detto Alberto Oliveti presidente dell'Enpam – perché è una scelta redditizia, lungimirante e che risponde concretamente al problema dell'emergenza abitativa universitaria. Dare la prelazione ai figli dei nostri iscritti e agli universitari del V o VI anno iscritti all'Enpam, è un valore aggiunto che testimonia la nostra attenzione per chi domani diventerà medico o odontoiatra, per rinsaldare il patto tra generazioni”.

LO STUDENTATO

Lo studentato sorge all'interno del progetto di rigenerazione urbana dello Scalo di Porta Romana, in una posizione strategica.

Si trova a circa 5 minuti in bici dalla fermata della metropolitana Lodi, a meno di 15 minuti dalle università Statale, Bocconi, Cattolica e altri istituti come Naba, Iulm e Ied.

Il villaggio si inserisce in un nuovo quartiere verde, in un'area ricca di servizi, spazi culturali, sportivi ed eventi e offre soluzioni abitative di diversa tipologia e servizi dedicati.

TERMINE E REQUISITI

È possibile fare domanda fino ad aprile 2026. Prerequisiti necessari sono, avere la residenza ad almeno 30 chilometri da Milano ed essere iscritti a un'università milanese.

Ulteriori informazioni e dettagli su come fare domanda sono disponibili al sito

<https://www.enpam.it/convenzioni-enpam/villaggio-coima-studentato-a-milano/>

Spesa sanitaria al 6,3% del Pil, triplicati gli iscritti ai fondi sanitari.

ANALISI DELL'UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO: 23,6% DEI COSTI A CARICO DEI CITTADINI

Un servizio sanitario pubblico che rallenta, un privato che cresce e i fondi sanitari in forte espansione. Sono i trend nella sanità in Italia descritti in un Focus sul ruolo del mercato nel sistema sanitario italiano realizzato

dall'Ufficio parlamentare di bilancio. L'andamento del finanziamento del servizio sanitario si conferma altalenante: dopo essere passato dal 6,6% al 6,3% del Pil tra il 2012 e il 2019, ha raggiunto il massimo del 7,3%

nel 2020 per poi tornare al 6,3% nel 2024. Di riflesso, è calata la quota di spesa pubblica in rapporto alla spesa sanitaria complessiva: nel 2024 è al 73,1% a fronte di una media Ue all'80%. Specularmente, la spesa

diretta delle famiglie si è attestata al 23,6%, circa 9 punti sopra la media europea. Tra le tendenze degli ultimi anni, la **crescita delle forme di sanità integrativa**, con un aumento degli iscritti ai fondi sanitari da 5,8 milioni nel 2013 a 16,3 nel 2023. "Nell'ultimo anno disponibile, tali fondi hanno erogato risorse per oltre 3 miliardi, di cui quasi **due terzi riferibili a prestazioni di natura sostitutiva, e non integrativa**, rispetto a quelle garantite dal Ssn", sottolinea il documento, che invita a monitorare le possibili ricadute sull'equità del servizio sanitario derivante dagli strumenti integrativi: "va rilevato che il welfare aziendale in ambito sanitario risulta strutturalmente più diffuso fra i lavoratori occupati in imprese di medie e grandi dimensio-

ni, caratterizzati da rapporti di lavoro stabili e livelli di reddito medio-alti, nonché prevalentemente concentrati nelle regioni settentrionali, con evidenti implicazioni sotto il profilo distributivo".

Gli stessi effetti distorsivi, rileva il Focus, possono derivare dalle detrazioni per spese sanitarie: "hanno comportato un onere per il bilancio pubblico di circa 4,6 miliardi, con benefici concentrati prevalentemente tra i lavoratori dipendenti con redditi medio-alti". La sofferenza del **servizio pubblico** emerge anche dai dati relativi al personale: tra il 2009 e il 2017 ha perso circa 46.500 dipendenti. Solo l'avvento della pandemia ha fatto invertire la rotta con un aumento di poco superiore a 62.300 unità nel periodo 2019-

2024. Nonostante ciò, la crescita del personale sanitario degli ultimi anni "è stata sostenuta in misura prevalente dalla componente privata. In particolare, a fronte di un aumento complessivo dei lavoratori dipendenti di circa il 18%, l'occupazione nel Ssn è cresciuta del 5, in larga parte per le assunzioni degli ultimi anni", prosegue il Focus. Anche a questi fenomeni è dovuto il progressivo incremento nell'acquisto, da parte del servizio sanitario, di beni e servizi con un crescente ricorso all'esternalizzazione, all'acquisizione di prestazioni da privati, all'impiego di lavoro flessibile, come i cosiddetti gettonisti. La spesa previsionale per questi ultimi, nel periodo 2019-2024, secondo l'Anac ha raggiunto i 2,1 miliardi di euro.

Quota capitaria negativa

3 settimane fa ho ricevuto una PEC in cui l'ULSS 9 Scaligera mi comunicava che il mio ex-paziente A.G. dal 17/09/2018 al 27/12/2018 (ben otto anni fa) si era trasferito e che di conseguenza la somma per lui corrispostami come quota capitaria in quel periodo, pari ad €16.72 non mi era dovuta, e quindi ero tenuto a restituirla mediante bonifico.

Cosa che ho provveduto a fare immediatamente.

E dal momento che mi si scriveva che "si resta a disposizione per ogni eventuale chiarimento", mi sono permesso di chiedere qualche delucidazione.

Per chi non mi conosce preciso che sono un Medico di Famiglia in pensione dal primo gennaio 2019. Quando cominciai a farlo, nel febbraio 1978, c'erano le mutue. A quel tempo si decise di passare dal sistema di compensi a notula, a quello a quota capitaria.

Con il sistema a notula si pagavano le prestazioni: la visita in ambulatorio aveva un costo, quella a domicilio un altro e la ripetizione di ricetta un altro



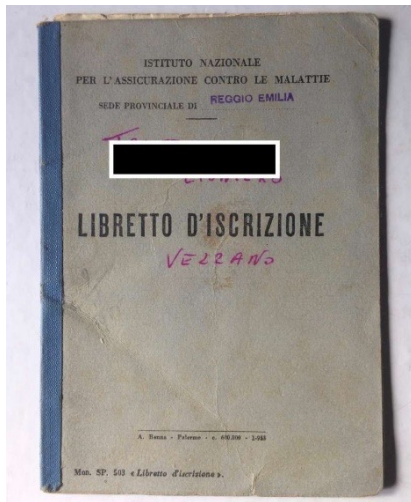
ancora. Il medico notulava il numero di prestazioni erogate e presentava il conto (la notula) alle mutue, che lo liquidavano.

Per mettere sotto controllo i costi dell'assistenza sanitaria e poterla prevenire nei bilanci fu deciso di passare dal sistema a notula a quello a quota capitaria.

Col nuovo sistema non si pagavano più le singole prestazioni, ma a venir

pagato era l'obbligo del medico ad assistere (in convenzione) quelli che lo avessero scelto come "curante".

Quel sistema è tutt'ora vigente nei rapporti tra Ssn e Medico di Famiglia. Per curiosità ho chiamato A.G. per avere conferma di quanto mi veniva segnalato e lui mi ha confermato che in quel periodo si era trasferito per un paio di mesi in Inghilterra e per poter godere dell'assistenza medica in quel



paese si era iscritto all'AIRE (Assistenza Sanitaria Italiani Residenti all'Estero). Ho controllato il mio vecchio gestionale Millewin, con cui gestivo le cartelle cliniche dei pazienti in carico all'epoca, che è rimasto aggiornato al 31/12/2018, il mio ultimo giorno di lavoro come medico di famiglia in convenzione.

E questo mi ha confermato che il suo nome, a quella data, era tra quello delle persone che ero tenuto ad assistere.

Così ho pensato di chiedere all'ULSS 9 queste delucidazioni:

1. Se il nome di A.G. era nell'elenco delle persone che dovevo assistere in convenzione, in quelle date, ero tenuto farlo?
2. Se avevo l'obbligo di assisterlo, perché mi si stavano scrivendo che non dovevo farlo?
3. Quando era cessato quell'obbligo: il 17/09/2018 (data in cui era ancora negli elenchi dei miei iscritti) o alla data in cui mi avevano comunicato che non ero più tenuto a farlo?
4. Perché se il mio obbligo cessava quando si era iscritto all'AIRE (e non nel momento in cui me lo hanno comunicato), come potrebbe mai, oggi, un medico di famiglia riconoscere le persone che è tenuto ad assistere in convenzione?
5. Per finire: se i ritardi di comunicazione sono dovuti (come immagino) al mancato allineamento tra l'anagrafe ULSS, quella dei comuni ed ora quella nazionale, chi ne è responsabile? Il medico di famiglia o l'ULSS, i Comuni, il Ministero della Sanità?

Dopo 3 settimane mi è arrivata la PEC di risposta.

In cui mi si dice:

- a) L'ACN, all'art. 41, stabilisce che "in caso di trasferimento di residenza in altra Azienda, all'atto di cancellazione disposta dall'ANA (Anagrafe Nazionale degli Assistiti) il cittadino non è più in carico al medico".
 - b) Nel momento in cui l'assistito chiede il cambio di residenza o va all'estero, viene meno il suo diritto di chiedere prestazioni al medico che lo assisteva.
 - c) Se lo fa, utilizza "in modo illegittimo la tessera sanitaria in loro possesso" perché questa perde il suo valore legale nel momento in cui l'assistito chiede di cambiare la residenza o si trasferisce all'estero.
 - d) L'aggiornamento dell'elenco delle persone da assistere in convenzione è un compito dei Distretti e quindi le mie richieste di chiarimento in merito al ritardo di comunicazione (ben 8 anni....!) le devo mandare al "Referente amministrativo del Distretto indicato nella nota di comunicazione del recupero".
 - e) "l'attività di recupero compensi rientra negli obblighi dei funzionari delle ULSS, che non possono sottrarsi a tale dovere", se non nei casi in cui il ritardo di comunicazione superi i 10 anni.
 - f) Che mi devo ritenere fortunato del fatto che la Regione Veneto ha accettato quel termine (i 10 anni !) perché "altre Regioni" effettuano recuperi anche dopo più di 10 anni.
- Per finire, come da prassi, "si rimane a disposizione per ogni eventuale ulteriore chiarimento".
- Una risposta che, in buona sostanza, trasferisce al "Referente amministrativo" (che non so neanche chi sia) la responsabilità dei ritardi di comunicazione, e che non risponde alla mia domanda principale: "Come fa, oggi, un medico di famiglia a riconoscere le persone che è tenuto ad assistere in convenzione"?
- Non può riconoscerlo dalla tessera sanitaria, né dagli elenchi che gli invia periodicamente l'ULSS, né dagli archivi informatici cui si collega il gestionale delle cartelle cliniche informatizzate che adoperiamo tutti i giorni nei nostri ambulatori.
- Insomma, NON POSSIAMO RICO-

NOSCERLO!

La domanda più imbarazzante è stata "glissata".

Il responsabile, poi, dell'uso improprio della tessera sanitaria è il paziente che si è trasferito (ed al quale nessuno ha comunicato che facendolo rinunciava all'assistenza del medico che aveva scelto come curante).

E se il responsabile è lui ... perché chiedono la restituzione dei soldi a me?

Sono passati più di 8 anni dal mio ultimo giorno di lavoro in convenzione, per cui mi restano "da scontare" meno di 2 anni per avere lavorato in convenzione così inavvertitamente. Anni in cui mi devo aspettare analoghe richieste di rimborso quote negative.

Medici di famiglia di altre regioni potrebbero vedersi rivolte domande di recupero quote negative con retroattività fino al dicembre 1978 (anno in cui è nato il nostro SSN) !

Una risposta, insomma, che mi conferma fino a che punto si sia riusciti a distruggere l'affidabilità di un sistema che ho visto nascere nel dicembre 1978 e nel quale ho avuto l'onore di lavorare per ben 40 anni: il nostro SSN.

Che Dio lo benedica e ce lo conservi.

ROBERTO MORA
MEDICO DI FAMIGLIA IN PENSIONE



Il bar dell'ospedale

Di ospedali a Legnago me ne ricordo due.

Il primo era in Corso della Vittoria, nell'edificio che ora è diventato la Casa di Riposo (fig. 1).

Là ci ero arrivato la prima volta quando, alle scuole Medie, durante la lezione di Educazione Fisica mi ero rotto il Capitello del Radio; mi avevano fatta la radiografia e l'allora Ortopedico, il Dottor Perusi, mi aveva applicato il gesso. Ma c'ero stato anche qualche anno prima quando per la Differite decisero di inviarmi a Borgo Trento per sottopormi a tracheostomia. Di quella degenza a Verona ricordo il viaggio in autovettura, l'intervento in anestesia locale e la degenza poi nella "camera a vapore" seguito dal pediatra Dr. Fabio Saccomani.

La costruzione dell'ospedale nuovo me la ricordo e ricordo anche la sua inaugurazione nel 1970 (fig.2).

Tanto in quello vecchio che in quello nuovo non c'era un bar, e dal momento che a chiederlo erano non solo i dipendenti, ma anche i degenti, si provvide in fretta e furia a ricavarlo da una stanzetta che si apriva sul corridoio che collegava l'ingresso al reparto di FKT e alle scale che portavano al secondo piano dove c'erano la cardiologia, la Radiologia ed il laboratorio analisi.

Sempre al primo piano oltre l'ingresso, c'era il Pronto Soccorso, cui si accedeva percorrendo con l'ambulanza o l'auto la rampa che stava davanti alla struttura e vicino al Pronto Soccorso c'era il centro emotrasfusionale ed il reparto di anestesia e rianimazione. Quest'ultimo senza posti letto, forniva solo il servizio degli anestesisti alle sale operatorie.

Al terzo piano c'era l'ortopedia, al quarto la chirurgia, al quinto la Medicina Interna, al sesto la ginecologia e l'ostetricia insieme alla pediatria e l'urologia. L'emodialisi era al piano terra insieme all'oculistica. Il reparto di 'ORL era al settimo insieme alle stanze per i dozzinanti e la Direzione Sanitaria.



Fig 1 - L'ospedale di Legnago in Corso della Vittoria nel primo dopo guerra

A gestirlo, il bar, c'era Pompeo, uno che aveva accettato di trasferire la sua attività, chiudendo il bar che gestiva prima a Porto di Legnago.

Ci lavorava anche Gabriella, una mia carissima amica, che ci ha lasciato due anni fa. Lei era incaricata a portare il caffè nelle sale operatorie del terzo e quarto piano, dove si usava prenderlo durante la pausa tra un intervento e l'altro.

Ci si accorse subito che lo spazio del bar era stretto, perché tanti erano i clienti.

Allora i posti letto erano 600, all'incirca altrettanti i componenti del personale sanitario e non sanitario, comprese le suore che occupavano un'ala del sesto piano.

Fu necessario quindi acquisire altri spazi allargando quelli che gli erano stati dedicati.

Il servizio era solo in piedi, non c'erano tavoli. Ma si potevano acquistare anche giornali e riviste.

Fu chiaro, fin da subito, che per la rendita economica quello del bar era il "più bel primariato dell'ospedale".

Negli anni, con l'apertura della nuova ala sud dove sorsero i reparti di Oncologia, Radioterapia, Neurologia, Geriatria, Endoscopia Digestiva, Pneunologia, Infettivologia e con le nuove strutture edilizie per la Radiologia ed il Pronto Soccorso, si costruì per il bar uno spazio dedicato, davanti a dove era la sua vecchia sede. C'e-



Fig. 2 - L'ospedale di Legnago nel 1966

rano anche dei tavoli dove ci si poteva sedere e consumare qualche pasto veloce. Giornali e riviste erano sempre disponibili e acquistabili.

Mi ci recavo a prendere il caffè quando avevo la necessità di incontrare qualche collega dell'ospedale. Perché se non lo trovavo in reparto lo trovavo là.

Nel corso degli anni, con l'aziendalizzazione e le varie riforme, i posti letto sono drasticamente diminuiti, il personale sanitario è rimasto grosso modo lo stesso, quello amministrativo è aumentato; il bar ha continuato a lavorare come prima ed ha visto il cambio di almeno un paio di gestori. In questi giorni la sorpresa.

Mi ero recato al centro emotrasfusio-

nale per ritirare le sacche per una trasfusione da fare in Casa di Riposo e, siccome ero in anticipo e dovevo attendere che fossero pronte, mi sono recato al bar per un caffè.

Lì la sorpresa: il bar era chiuso. (Fig. 3) Un foglio a quadretti appeso sulla saracinesca al suo ingresso avvertiva: "il bar è chiuso per motivi tecnici".

Già nel 2020, con il Covid il bar aveva sospeso la rivendita di quotidiani e riviste, ma non aveva mai sospeso il servizio "ristorativo".

Dal giornale l'Arena ho saputo che la società Indivia SRL che aveva vinto l'appalto nel 2011 e l'aveva rinnovato nel 2017, aveva sospeso l'attività per difficoltà economiche.

Nel 2024, ultimo bilancio utile, l'impresa che contava a Legnago 9 dipendenti, aveva dichiarato alla Camera di Commercio di Padova un fatturato di 1,3 milioni, ed una perdita di 210 mila euro.

Ora in difficoltà economiche è stata posta in liquidazione.

Per fortuna la Regione, l'ASL ed il Sindaco di Legnago, ci hanno informati qualche mese fa, che sono pronti a costruirci un ospedale nuovo (Fig. 5). Che dovrebbe crescere come l'Araba Fenice sulle spoglie di quello "vecchio". Si fa per dire: l'ospedale è più giovane di me e l'hanno ampliato e rinnovato più volte (fig.4) dato che l'intraprendenza edilizia della nostra Regione non teme confronti.

Così, ripensando alle vicende del nostro ospedale negli ultimi anni, alla chiusura di reparti, al trasferimento e all'accorpamento di altri, alla riduzione del personale sanitario e dei posti letto, al peggiorare dei servizi, all'allungamento delle liste d'attesa, i gloriosi anni passati quando quello di Legnago era uno dei migliori ospedali del Veneto, mi è venuto spontaneo chiedermi: ma non siamo riusciti a salvare nemmeno il più bel primario dell'ospedale di Legnago?

ROBERTO MORA

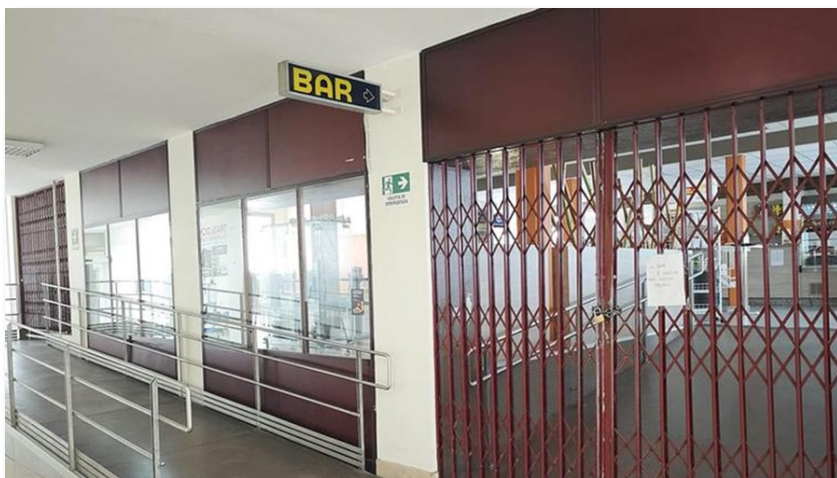


Fig. 3 - Il Bar dell'ospedale oggi: Chiuso



Fig. 4 - L'ospedale di Legnago oggi



Fig. 5 - Il Presidente Zaia ed il Sindaco di Legnago presentano il progetto dell'ospedale nuovo

Capire il fegato per proteggere il cuore

UNA RICERCA DEL PROF. ALESSANDRO MANTOVANI RICONOSCIUTA A LIVELLO MONDIALE

Il suo nome compare nella prestigiosa lista degli Highly cited researchers 2024, che raccoglie gli scienziati più influenti al mondo. È Alessandro Mantovani, docente di Endocrinologia e malattie del metabolismo del dipartimento di Medicina dell'Università di Verona e dirigente medico nell'Unità operativa complessa di Malattie Metaboliche dell'Irccs Sacro Cuore – Don Calabria di Negrar. Le sue ricerche sul fegato e sul metabolismo stanno contribuendo a cambiare il modo in cui medici e comunità scientifica affrontano alcune delle malattie croniche più diffuse.

Esperto riconosciuto nello studio della **malattia epatica steatosica associata a disfunzione metabolica (MASLD: Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease)**, e delle sue connessioni con diabete mellito, sovrappeso/obesità e patologie cardiovascolari, Mantovani è autore di oltre 230 pubblicazioni scientifiche e vanta più di 12.000 citazioni. La sua presenza nella prestigiosa lista testimonia non solo l'impatto del suo lavoro, ma anche il valore crescente della ricerca biomedica dell'Università di Verona.

Professor Mantovani, cosa rappresenta per lei questo riconoscimento internazionale?

È un grande onore e un risultato condiviso: senza il supporto del mio maestro, Giovanni Targher, dei colleghi dell'Università di Verona, dell'AOUI di Verona e dell'IRCSS Sacro Cuore, non sarebbe stato possibile. Essere tra i ricercatori più citati significa che il nostro lavoro viene usato e riconosciuto in tutto il mondo. È una motivazione a continuare a fare ricerca con rigore e passione.

La sua attività scientifica è centrata sulla MASLD. Che cos'è e perché è così importante studiarla?

La MASLD è una malattia molto diffu-

sa: è l'accumulo di grasso nel fegato, spesso legato a sovrappeso/obesità, diabete mellito e sindrome metabolica. Molti pensano che sia benigna e che riguardi solo il fegato, ma non è così. Le nostre ricerche hanno mostrato che la MASLD aumenta il rischio di infarto del miocardio, scompenso cardiaco, ictus, insufficienza renale e altre complicanze. Per questo è fondamentale individuarla precocemente e trattarla in modo corretto. Capire la significa migliorare la salute non solo del fegato, ma dell'intero organismo.

Quali sono le scoperte più rilevanti del suo lavoro?

Negli ultimi anni abbiamo dimostrato, grazie a studi clinici e meta-analisi, che la MASLD è un vero "campanello d'allarme" per la salute generale, soprattutto nei pazienti con diabete mellito. Inoltre, stiamo studiando come l'impatto dei nuovi farmaci per il diabete, come ad esempio gli agonisti del recettore, possano contribuire a ridurre il grasso nel fegato e soprattutto la fibrosi.

Che impatto può avere tutto questo sulla vita dei cittadini?

Un impatto molto concreto: diagnosi più precoci, prevenzione più efficace, terapie più mirate. Significa evitare complicanze gravi, ridurre il peso delle malattie croniche e migliorare la qualità della vita di migliaia di persone sul nostro territorio e non solo.

Perché ha deciso di fare ricerca? Cosa suggerisce ai giovani che desiderano investire in questa professione?

Ho scelto di fare ricerca perché, fin dall'inizio del mio percorso, ho capito che curare un singolo paziente è un privilegio, ma generare nuova conoscenza che possa migliorare la salute di migliaia o milioni di persone è una responsabilità altrettanto importante. La ricerca è il modo più diretto per

trasformare le intuizioni cliniche in evidenze, per colmare i vuoti di conoscenza e per dare un contributo concreto all'avanzamento della medicina e della cultura. È un percorso non facile, che richiede rigore, curiosità e capacità di mettersi in discussione, ma restituisce la soddisfazione di vedere un'idea trasformarsi in risultati che possono cambiare la pratica clinica.

Ai giovani direi prima di tutto di coltivare la passione. La medicina è una professione straordinaria, ma richiede dedizione e un forte senso di responsabilità. Non basta essere bravi ed acculturati: bisogna essere motivati, empatici e disposti ad ascoltare e ad imparare continuamente. Suggestivo anche di non aver paura della ricerca: non è qualcosa di distante dalla clinica, ma è ciò che permette alla clinica di progredire. Consiglio anche di cercare buoni mentori, come è successo a me con Giovanni Targher. Un mentore può dare la direzione, aiutare a evitare errori inutili e, soprattutto, trasmettere quell'entusiasmo che rende sostenibile un percorso che è sì impegnativo e faticoso, ma anche molto gratificante.

Cellule staminali e "cure miracolose".

ALLARME AIFA CONTRO LE TRUFFE. ECCO COME DIFENDERSI

Presunti trattamenti a base di cellule staminali, venduti ai pazienti sul web o attraverso i canali social o somministrati a domicilio a fronte di lautissimi esborsi di denaro da società e cliniche private con sede all'estero. È la nuova preoccupante tendenza delle cosiddette "cure miracolose", un business che specula sulla fragilità e sulle sofferenze di chi convive con una malattia grave, ancora priva di un trattamento efficace. A fronte di queste pratiche illegali, che fanno leva sulla vulnerabilità dei malati, l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) e i Capi delle Agenzie Europee per i Medicinali (HMA) hanno già diffuso un allarme congiunto: i prodotti cellulari non regolamentati presentano rischi gravissimi per la salute, possono causare effetti collaterali severi, infezioni come meningiti ed encefaliti, e non offrono alcun beneficio accertato. Le terapie a base di cellule manipolate, incluse le cellule staminali, sono veri e propri farmaci, definiti Prodotti Medicinali di Terapia Avanzata (ATMP). L'AIFA e l'EMA lavorano costantemente per garantire che queste terapie rispettino i più alti standard di qualità, tracciabilità e sicurezza, ispezionando rigorosamente sia i laboratori di produzione sia le strutture in cui si svolgono gli studi clinici. Attualmente sono pochissime le terapie a base di cellule staminali approvate da EMA: quasi tutte sono basate su cellule staminali geneticamente modificate prelevate dal paziente che riceverà la terapia, e sono indicate per malattie genetiche quali immunodeficienze primarie, beta talassemia e anemia falciforme, patologie neurodegenerative, ustioni oculari. Un solo farmaco al momento è a base di cellule staminali da sangue cordonale di donatori. Una volta autorizzate, queste terapie possono essere somministrate solo in strutture qualificate, dotate di capacità di gestione clinica avanzata. In Italia è presente una rete ben definita per l'accesso a

queste cure, con centri distribuiti sul territorio nazionale che operano nel rispetto degli standard richiesti. L'ambito della sperimentazione clinica può rappresentare un'opzione ulteriore di trattamento rispetto a quelle standard. Cittadini e professionisti possono in qualsiasi momento accedere alle informazioni relative agli studi clinici autorizzati, compresa l'indicazione delle strutture in cui vengono condotte le sperimentazioni sulle terapie cellulari, consultando la Mappa dei centri di sperimentazione clinica sul sito dell'AIFA. L'accesso a medicinali di terapia avanzata non ancora autorizzati o non oggetto di specifica sperimentazione clinica in corso in Italia è possibile esclusivamente in ambiente ospedaliero, sulla base di una specifica autorizzazione dell'AIFA per singoli pazienti ("esenzione ospedaliera" o "hospital exemption"), in mancanza di valida alternativa terapeutica, nei casi di urgenza ed emergenza che pongono il paziente in pericolo di vita o di grave danno alla salute. Non esistono altri percorsi domiciliari o "alternativi" che siano compatibili con la legge e con le fondamentali esigenze di sicurezza dei pazienti. L'attività delle agenzie regolatorie prosegue anche dopo l'autorizzazione di questi prodotti, attraverso il monitoraggio costante della sicurezza e delle reazioni avverse, come previsto dalle raccomandazioni sulle terapie cellulari, che richiedono particolare attenzione per i possibili rischi specifici a lungo termine. L'obiettivo è duplice: garantire che le terapie destinate ai pazienti siano fondate su prove solide e proteggerli da trattamenti non autorizzati o non supportati da basi scientifiche. L'AIFA riceve ogni anno numerose segnalazioni di farmaci illegali, falsificati e di casi che sono riconducibili a violazioni delle normative che regolamentano la produzione e la distribuzione dei medicinali. Tali casi vengono gestiti in collaborazione e sinergia con

le altre istituzioni preposte alla tutela della salute pubblica perché siano adottate le misure necessarie a interrompere ogni pratica illegale e, in quanto tale, pericolosa. Tra le iniziative che l'Agenzia conduce, rientrano già da tempo quelle dedicate alla sensibilizzazione dei cittadini sul fenomeno della falsificazione e del traffico illegale di medicinali, come la campagna di comunicazione per l'acquisto dei farmaci attraverso canali sicuri condotta negli ultimi anni sulle principali piattaforme di social media. Per evitare il rischio di frodi e proteggersi da presunte "cure miracolose" a base di cellule staminali, AIFA invita i pazienti e i loro familiari a seguire alcune semplici raccomandazioni:

Per proteggersi dalle truffe, l'AIFA ha diffuso un vademecum con 6 raccomandazioni:

1. Mai a domicilio: Le terapie legali a base di cellule staminali manipolate non possono essere eseguite a casa. Richiedono obbligatoriamente strutture ospedaliere qualificate e accreditate per garantire la sicurezza del paziente.
2. I tre requisiti di legalità: Una terapia è sicura e legale solo se è autorizzata al commercio dall'EMA, se fa parte di una sperimentazione clinica autorizzata, o se rientra nell'"esenzione ospedaliera" (uso speciale autorizzato da AIFA per singoli casi urgenti).
3. Diffidare dei pagamenti: In Italia, le terapie avanzate approvate sono erogate dal Servizio Sanitario Nazionale e la partecipazione alle sperimentazioni cliniche è totalmente gratuita. Richiedere denaro per una "cura sperimentale" è segno di una truffa.
4. Nessuna "cura per tutto": Non esiste una panacea universale. Bisogna diffidare di chi propone le staminali per curare patologie molto diverse tra loro, poiché i trattamenti reali sono pochi e mirati a malattie

estremamente specifiche.

5. Attenzione al marketing online: Spesso queste cure sono vendute sui social come "ultima speranza", usando slogan pubblicitari o testimonianze di guarigioni prive di ri-

scontri nella letteratura scientifica.

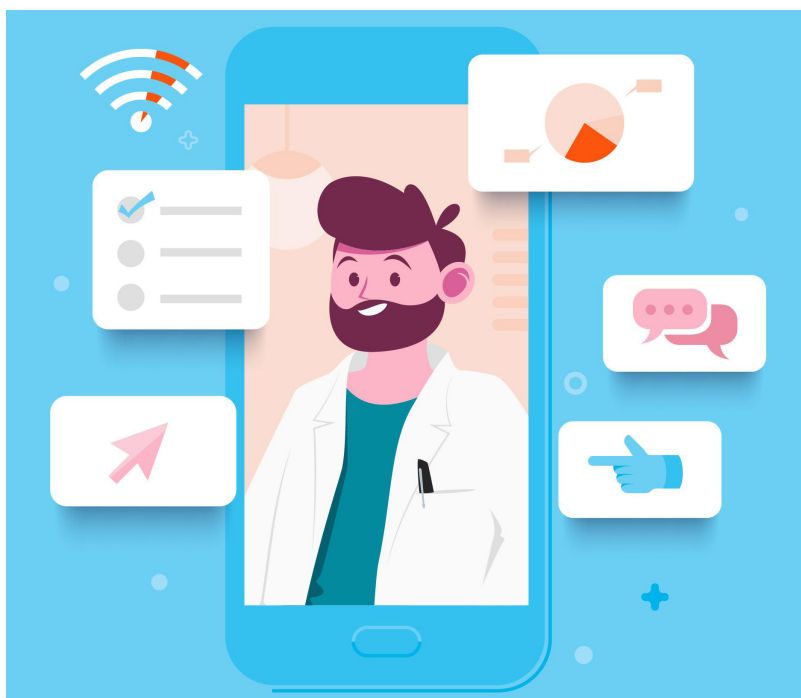
6. Verificare le fonti ufficiali: Prima di decidere, è fondamentale chiedere un parere a medici specialisti e verificare che la sperimentazione sia registrata nei database ufficiali

come il sistema europeo CTIS. È inoltre utile confrontarsi con le associazioni di pazienti e segnalare i casi sospetti alle autorità.

Allarme degli scienziati: sui social dagli influencer consigli medici fuorvianti e rischiosi

Social 'cattivi maestri' quando parlano di salute. "I consigli medici parziali o fuorvianti condivisi dagli influencer possono causare danni e richiedono un'azione coordinata da parte di governi e piattaforme per proteggere il pubblico". È l'allarme-appello lanciato da 'The BMJ' che mette nero su bianco la preoccupazione degli scienziati per un fenomeno dilagante: "Gli influencer dei social media sono una fonte crescente di consigli medici. **Oltre il 70% dei giovani adulti negli Stati Uniti segue gli influencer e più del 40% ha acquistato prodotti in base ai loro consigli**", si legge in un articolo firmato da Raffael Heiss del Center for Social and Health Innovation - MCI Management Center Innsbruck, insieme a 5 colleghi tra Austria e Usa.

Gli autori rilevano nei suggerimenti di salute degli influencer 4 criticità: "La mancanza di competenze mediche o di conoscenze pertinenti, l'influenza dell'industria, interessi imprenditoriali e convinzioni personali". Sono i 'bias' a causa dei quali i consigli medici diffusi via social "possono determinare danni psicologici, fisici, finanziari e sistemici: **da autodiagnosi imprecise e trattamenti inappropriati a spese inutili e costi sanitari più elevati**". I ricercatori citano come "esempio lampante la celebrity Kim Kardashian, che ha incoraggiato i suoi 360 milioni



magnifico.com > Fonte dell'immagine: 17009408 > Immagine di freepik

di follower su Instagram a sottoporli a uno screening completo con risonanza magnetica" total body, "un esame privo di benefici comprovati e collegato a diagnosi eccessive, interventi inutili e costi elevati". Ma "anche gli influencer con competenze in ambito sanitario possono fornire consigli fuorvianti", avvertono Heiss e colleghi: "Ad esempio Eric Berg, un chiropratico statunitense con 14 mi-

lioni di iscritti su YouTube, promuove l'uso di integratori ad alto dosaggio" e al contempo "vende il suo marchio di vitamina D e altri prodotti, alcuni dei quali sono stati oggetto di un avviso legale per un contenuto di piombo superiore ai livelli di sicurezza". A rendere 'dotto influencer' ancora più "persuasivo", e quindi potenzialmente insidioso, analizzano gli esperti, è la "capacità di creare legami reali o uni-

lateral (spesso definiti 'parasociali') con i follower".

Gli autori riconoscono che "alcuni influencer offrono consigli di salute utili, inclusi medici e altri che aiutano a sfatare diffusi luoghi comuni". Ci sono poi gli influencer che parlano di malattie di cui soffrono in prima persona, e che da pazienti "possono fornire un supporto prezioso tra pari, soprattutto per condizioni stigmatizzate, creando spazi sicuri" di confronto "e condividendo esperienze personali". Tuttavia, insistono i ricercatori, "massimizzare i benefici e minimizzare i danni dei consigli medici degli influencer richiederà la collaborazione di più attori, in particolare governi e piattaforme di social media". Le strategie auspicate dagli esperti prevedono "una regolamentazione efficace, una maggiore responsabilità delle piattaforme e degli influencer, e un'acquisizione di consapevolezza da parte degli utenti attraverso una formazione mirata e l'accesso a informazioni affidabili e verificate".

"Regolamentare e moderare piattaforme e influencer è necessario",

concordano in un editoriale correlato all'articolo gli americani Tina Purnat (Harvard) e David Scales (Cornell University), che però ritengono anche "indispensabile promuovere la fiducia attraverso comunità verificate, forum approvati dai medici e campagne di salute pubblica partecipative". I firmatari analizzano come le piattaforme digitali, le occasioni di incontro con i clinici e gli spazi comunitari, sia online che offline, plasmino le convinzioni dei pazienti, le loro aspettative e le loro richieste. "Il processo decisionale condiviso deve evolversi per l'era digitale", scrivono.

In un articolo correlato, Stephanie Santos Paulo del Bmj dà voce alle testimonianze di pazienti influencer che si sono guadagnati un ampio seguito sui social, condividendo storie personali sulla loro malattia e le terapie che seguono. Racconti che, osserva, promuovono un senso di autenticità e di connessione emotiva con i follower. "Penso che in parte le persone considerino i social media più utili per trovare risposte perché non è facile contattare un professionista sani-

tario", riflette Liam Robertson, la cui pagina Instagram @livingwithulcerativecolitis (vivere con la colite ulcerosa) conta 9.300 follower. Esprime una speranza Lily Mae, che con l'account Instagram @chronicallylil narra la sua convivenza con la sindrome di Ehlers-Danlos, l'endometriosi e la sindrome da compressione vascolare: "Vorrei che gli operatori sanitari ascoltassero e interagissero di più con le comunità di pazienti online. C'è una tale ricchezza di conoscenze di prima mano condivise - storie vere, sintomi ed esperienze vissute - che potrebbero contribuire a migliorare l'assistenza se più operatori si prendessero del tempo per comprenderle". Jen Moore, che sulla pagina Instagram @jen.dometriosis pubblica post sull'endometriosi e l'adenomiosi, rivendica il ruolo dei pazienti influencer nell'indirizzare i follower verso i professionisti sanitari: "Se non coinvolgiamo i medici in ciò che stiamo cercando di fare - dice - nulla cambierà".

CODICE DEONTOLOGICO

Art. 3

Doveri generali e competenze del medico

Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.

I padri veronesi della medicina

RASSEGNA STORICO-ETICA

Giovanni d'Arcole (Arcolano). Un medico veronese tra Bologna, Padova e Ferrara

NICOLÒ NICOLI ALDINI
GIAMPAOLO TRENTINI
SARA PATUZZO MANZATI

Il medico e storico della medicina Giuseppe Cervetto⁽¹⁾ nei suoi “Cenni per una storia dei medici veronesi e del loro antico collegio” stampati nel 1834, osserva come nel XV secolo «potè Verona mandare professori chiarissimi alle altre Università». Tra questi, nomina «Giovanni Arcolano, medico del Duca Borso in Ferrara e prima maestro a Bologna e Padova»⁽²⁾. In tale contesto, tra XIV e XV secolo, le università di Bologna e Padova rappresentano due dei principali poli della formazione medica europea⁽³⁾, nei quali si consolida progressivamente la figura del *magister physicus*, distinta ma sempre più integrata con quella del chirurgo, ancora legato a pratiche di tipo artigianale⁽⁴⁾. Se la nascita, la discendenza e la storia familiare legano fortemente la figura di Giovanni d'Arcole, o Arcolano, alla città di Verona, certamente gran parte della sua attività di medico e docente si svolse al di fuori della terra scaligera in cui aveva avuto i natali.

La discendenza anzitutto: il nome Arcolano o anche Hercolano lo collega agli appartenenti alla famiglia

“De Arcolis” e alla località di Arcole, presso Verona, da cui proveniva la discendenza cui i biografi attribuiscono dignità nobiliare. Il padre era il notaio Arnolfo (morto nel 1422), che compare come ascritto al Patrio Consiglio di Verona nel 1409 e, come risulta dai documenti relativi alla successione ereditaria, dotato di notevoli ricchezze. La data di nascita di Giovanni, dalla prima moglie di Arnolfo di nome Lucia, viene collocata, sulla base di documenti a disposizione, tra il 1390 e il 1393⁽⁵⁾.

In un documento del 1410, Arcolano risulta in *chirurgia studens*. In altri successivi provenienti dall'Archivio di Stato di Verona e pubblicati da Raffaello Brenzoni, viene indicato con la qualifica di *Domini Magistri Johannis de Arculi phisici e ancora Clarissimus et famosus artium et medicinae doctor M. Johannes phisicus de Arculis*⁽⁶⁾. L'attività di insegnamento di Arcolano si svolge dapprima presso l'Università di Bologna, dove insegna logica e medicina, poi presso quella di Padova, dove dal 1427 è lettore di medicina. Chiamato dal duca Borso d'Este (1413-1471) a Ferrara, terminerà qui la sua carriera come professore universitario, ma anche come medico presso la corte estense⁽⁷⁾.

Il pensiero e l'attività di Giovanni Arcolano sono fortemente collegati all'impronta della medicina araba del periodo medioevale. Infatti, entrambi i suoi principali scritti sono fondamentalmente dei commenti alle opere di due tra i maggiori autori islamici: Razes (865-925, in arabo Al-Razi, medico di origine persiana, autore tra l'altro del trattato di medicina “Al-Hawi”, anche detto “Almansore” in onore del principe Mansur, in nove volumi) e di Avicenna (980-1037, in arabo Ibn-Sina, anch'egli originario della Persia, autore del “Canon Medicine” o “Quanun”)⁽⁸⁾. L'opera di Arcolano si inserisce pienamente nella tradizione scolastica del commento medioevale, che non si limita alla semplice riproposizione dei testi autoritativi, ma ne costituisce una forma di sistematizzazione didattica e clinica funzionale all'insegnamento universitario⁽⁹⁾. Dalla datazione della prima edizione delle opere, si evidenzia come entrambe siano state pubblicate postume, ben oltre il momento della morte del medico (1458).

La “*Practica Medica seu expositio vel commentarium in nonum Rhazis vel Almansorem librum*”, stampata per la prima volta nel 1483⁽¹⁰⁾, si basa dunque sul commento a Razes. Nell'o-

(1) Patuzzo Sara, Franzoni Andrea, Nicoli Aldini Nicolò, “Giuseppe Cervetto (1807-1865). Dalla sua vita, un modello di ricostruzione biografica per una Storia della medicina iatro-filosofica”. Nuova Rivista di Storia della Medicina 2024 (Coll.): 127-34.

(2) Cervetto Giuseppe, “Cenni per una storia dei medici veronesi e del loro antico collegio”. Verona, Tip. Gius. Antonelli, 1834.

(3) Grendler PF., “The Universities of the Italian Renaissance”. Johns Hopkins University Press, 2002.

(4) McVaugh MR., “Medicine Before the Plague: Practitioners and their Patients in the Crown of Aragon”. Cambridge University Press, 1993.

(5) Brenzoni Raffaello, “Una nostra luminosa figura di fisico-chirurgo del primo quattrocento: Giovanni Arcolano”. Il Fracastoro, 1957 L(1): 89-99.

(6) Ibidem

(7) Crespi Mario, “Arcolano Giovanni”. Dizionario Biografico degli italiani, Istituto Treccani, 1961, 3.

(8) Sterpellone Luciano, Elsheikh M.S., “La medicina araba”. Ciba Edizioni, 1995.

(9) Siraisi NG., “Taddeo Alderotti and His Pupils”. Princeton University Press, 1981.

(10) De Arculis Johannis, Venetiis, 1483, stampatore non noto.

pera Arcolano segue, nella descrizione dei vari stati morbosi, il criterio *a capite ad calcem*, ovvero *a capite usque ad pedes*. Quattro capitoli della Pratica sono dedicati alle malattie dei denti e alla loro cura⁽¹¹⁾, introducendo anche elementi di igiene alla bocca, mentre a proposito delle estrazioni dentarie si sofferma sull'impiego del Pellicano (*Pulicanum*)⁽¹²⁾, all'epoca strumento probabilmente già in uso e non da lui ideato⁽¹³⁾. Gli attrezzi chirurgici, non solo per uso dentistico, descritti dall'autore, sono insieme raffigurati in un'unica xilografia al termine dell'opera.

Il successivo trattato, stampato per la prima volta nel 1489, si intitola: *“Expositio in primam fen quarti Canonis Avicennae. De febribus”*⁽¹⁴⁾, nel per svolgere l'argomento delle febbri quale Arcolano prende spunto dalla prima *fen* appunto del quarto libro del Canone di Avicenna (X secolo). Il termine *“fen”* nel contesto del Canone, indica una specifica sezione o capitolo in cui è organizzata l'opera. Infatti, il Canone è diviso in cinque libri, a loro volta suddivisi appunto in *fen* ed è stato, fino al XVII secolo, testo di riconosciuta autorevolezza anche nelle università del tempo.

Le opere di Arcolano hanno visto numerose edizioni nel secolo successivo⁽¹⁵⁾, a testimonianza del prestigio e del rilievo raggiunti dall'autore tra i contemporanei e oltre.

Per quanto riguarda la vita personale, da un documento notarile risalente circa al 1433 rogato in Contrata Ponte Pietra di Verona, risulta come Mag. Johannis de Arculis convivesse con *Domina Paxia*, *“ejus masaria”* (ovvero massara, quindi appunto convivente). Riguardo alla discendenza, Nicolaus viene indicato come *“ejus filius”*, a indicare presumibilmente la nascita da un precedente legame, mentre altri cinque (Lucia, Arnulfus, Caterina, Pe-

legrina, Danhiel) sono nominati come *“eorum filii”*, quindi nati all'interno della coppia. Nel documento risultano anche un M. Leonardus *“repetitor eorum filiorum”* e un Rigus *“ejus famulus”*⁽¹⁶⁾. Tale documentazione riflette strutture familiari e domestiche tipiche della società urbana tardomedievale, nelle quali la distinzione tra legami formali e rapporti di fatto appare spesso sfumata nelle fonti notarili.

Nel testamento del 1454 Arcolano provvede a destinare i propri beni in modo dettagliato tra gli eredi, indicando anche il luogo della sepoltura *“in monasterium fratrum predicatorum illius civitatis in qua contingerit eum mori”*⁽¹⁷⁾. Nel 1455 Borso d'Este gli conferiva la cittadinanza onoraria di Ferrara. Qui sarebbe morto nel gennaio 1458, e qui è seppellito nella chiesa di San Domenico.

Giovanni d'Arcole ha ricevuto giudizi abbastanza controversi nell'ambito della storiografia della medicina del passato. Se Francesco Puccinotti (1794-1872) si è espresso piuttosto criticamente, in ragione soprattutto della sua sottomissione all'influenza degli autori arabi, Salvatore De Renzi (1800-1872) ha guardato positivamente al suo modo di intendere la professione: «come chirurgo trattò da medico la chirurgia, riparando così, da maestro, ad un altro dei grandi errori della scienza medica medioevale che, avvilendola prima, aveva nettamente separata l'azione del chirurgo da quella del *Magister Physicus*»⁽¹⁸⁾.

Non è mai semplice formulare giudizi su figure lontane nel tempo e giunte a noi, a parte le opere edite a stampa, solo attraverso documenti e testimonianze di contemporanei, spesso frammentarie. D'altra parte, come scrive Marc Bloch (1886-1944), il compito della storiografia è comprendere, non giudicare⁽¹⁹⁾. In questa prospettiva, la figura di Arcolano rap-

presenta un caso esemplare di come la storiografia della medicina debba confrontarsi con fonti tecniche e frammentarie, evitando letture teleologiche o anacronistiche del passato. Complessivamente il valore della sua opera va considerato senz'altro nel contesto della medicina del tempo, di cui gli scritti rappresentano una valida testimonianza, mentre il prestigio raggiunto, al di fuori della propria terra di origine, con la propria attività di pratico e di docente, ne confermano le qualità professionali, ben riconosciute anche dai contemporanei.



(11) Bellagarda Giorgio, Bellagarda Michele. *“Storia Illustrata dell'Arte Dentaria”*. Torino, Minerva Medica, 1987 pp. 82 ss.

(12) Zampetti Paolo, Riva Michele, *“Giovanni of Arcoli”*. British Dental Journal, 2020, 228 (4):227.

(13) Guerini Vincenzo, *“A history of Dentistry”*. Lea & Febiger, Philadelphia and New York, 1909.

(14) Arculanus Johannes, Ferrara: Andreas Belfortis, Gallus, 1489.

(15) Brenzoni R., op.cit.

(16) Idem

(17) Idem

(18) Bellagarda G., op. cit.

(19) Bloch Marc, *“Apologie pour l'histoire ou Métier d'historien”*. Parigi, Armand Colin, 1949. Ed. Italiana, Feltrinelli, 2024.

Dall'esperienza alla pubblicazione scientifica

Il ruolo della rivista QQ nella tradizione delle riviste mediche italiane e internazionali

GIAMPAOLO TRENTINI
NICOLÒ NICOLI ALDINI
MARIO BARUCHELLO
FRANCESCO DEL ZOTTI
GIULIO RIGON
SARA PATUZZO MANZATI

Nel film *Il ritorno di Don Camillo*, il giovane medico di Brescello risponde al "Nero", che ha definito il vecchio medico "un uomo del secolo passato", con le parole: «Nel nostro mestiere conta soprattutto l'esperienza. Ho il massimo rispetto per il dottore Spiletti, che sa certamente infinite cose che io ignoro». Questa breve citazione evidenzia un concetto fondamentale nella pratica clinica e nella formazione medica: l'esperienza, intesa non solo come accumulo di conoscenze, ma come patrimonio da trasmettere attraverso l'esempio, la comunicazione orale e la scrittura. Tale trasmissione rappresenta un obbligo morale e intellettuale, particolarmente sentito nei confronti dei colleghi più giovani e di coloro che si trovano all'inizio della carriera professionale.

Ben prima del sorgere delle Università e dell'affermarsi dell'insegnamento pubblico della medicina, l'apprendimento della professione nasce proprio e soltanto dal rapporto diretto tra chi insegna e chi apprende.

A questo proposito, rileggendo il testo del Giuramento ippocratico (IV sec. a. C) nella sua originale formulazione⁽¹⁾, basterebbe osservare il risalto che viene dato rapporto tra insegnante

e allievo, per cui il discepolo dovrà sentirsi sempre debitore al maestro e riconoscere quanto ricevuto al tempo della sua formazione, anche facendosi carico, nel caso, dei familiari superstiti (figli)⁽²⁾. Un impegno solenne che diviene la dimostrazione e la prova del profondo e particolare legame che si riconosce in questo rapporto⁽³⁾.

Nell'Alto Medioevo il fenomeno del monachesimo certamente assicura la sopravvivenza di antichi testi di medicina, altrimenti perduti, con il paziente e metodico ricopiare degli amanuensi negli *scriptoria* conventuali. Ma il monastero diviene anche il luogo, fra le mura cenobiali e anche al di fuori di esse, della trasmissione di una pratica di cure semplice ed empirica, che si tramanda da anziano a novizio attraverso esperienza e consiglio⁽⁴⁾.

L'invenzione e la diffusione della stampa, dalla prima metà del XV secolo, modifica radicalmente il modo di comunicare: da un lato gli orizzonti si allargano enormemente, passando dal raro manoscritto al testo stampato, via via sempre più accessibile al pubblico. In un'altra prospettiva questa trasformazione viene a incidere anche sulla relazione fra docente e discepolo, mediata da qui in avanti anche dalla carta.

In ogni caso l'attenzione alla diffusione delle conoscenze nell'ambito della medicina trova documentazione già a partire dai primordi di questo nuovo scenario aperto nella storia dell'uma-

nità. Numerose opere testimoniano questo impegno, tra cui alcuni testi di medici veronesi, che possono essere citati come esempi significativi: i *Consilia medica* (1559) di Giovanni Battista Da Monte; *Il gran contagio di Verona del 1630* di Francesco Pona; la *Storia di sette donne risanate dal veleno dei funghi* (1789) di Zenone Bongiovanni; la memoria *Vermi nel cuore vivi e veri* (1808) di Gian Verardo Zeviani; i *Cenni sopra il morbo migliare veronese* (1829) di Francesco Faggioli; la *Storia di una grave infezione intestinale susseguita dall'evacuazione di una particolare specie d'insetto nello stato di larva* (1842) di Andrea Lissi; e le *Osservazioni teorico-pratiche su operazioni chirurgiche compiute dall'autore* (1844) di Giuseppe Bresciani Borsa. Queste monografie riportano osservazioni occasionali di patologie rare, particolari o rilevanti, o riflessioni personali sull'attività clinica e chirurgica, e costituiscono un documento prezioso della pratica medica del tempo.

Un cambiamento significativo nella forma di diffusione delle esperienze cliniche si osserva nel 1662 con l'opera del medico danese Thomas Bartholin, *Cista medica Hafniensis*, in cui l'autore raccoglie casi clinici, osservazioni brevi, lettere e comunicazioni tra medici, con l'obiettivo di diffondere innovazioni più che costruire un trattato sistematico. Alcuni storici hanno interpretato questo lavoro come

(1) Jouanna J. I giuramenti di Ippocrate. Book Time ed. Milano, 2020.

(2) «Giuro [...] di considerare prima di tutto il mio maestro in quest'arte alla pari dei miei genitori [...] di considerare i suoi discendenti alla pari dei miei fratelli [...] di insegnare loro quest'arte senza stipendio ne contratto [...]».

(3) Cosmacini G. Il Giuramento di Ippocrate. Albo Versorio ed. Milano, 2013

(4) Busacchi V., Bernabeo R.A. Storia della medicina Patron Editore, Bologna, 1978, pp.116-18

un precursore delle moderne riviste scientifiche, anticipando la funzione di periodico di condivisione della conoscenza, pur mancando di regolarità editoriale e numeri consecutivi⁽⁵⁾. Le prime riviste mediche furono precedute da pubblicazioni scientifiche multidisciplinari, come il *Journal des Sçavants* (1665) e *The Philosophical Transactions of the Royal Society* (1665), dedicate alla diffusione delle scoperte in vari ambiti della scienza. La prima rivista interamente medica è generalmente attribuita a Bartholin, con l'*Acta medica et philosophica Hafniensis* (1670–1679), anche se alcuni studiosi indicano come concorrente la francese *Nouvelles découvertes sur toutes les parties de la médecine* (1679), pubblicata mensilmente. La prima rivista inglese interamente medica fu *Medicina curiosa: or a variety of new communications in physick, chirurgery, and anatomy* (1684), mentre in lingua tedesca comparvero nel 1670 le *Miscellanea Curiosa Medico-Physica* e, più tardi, *Der Arzt. Eine medicinische Wochenschrift* (1759). In Italia, la prima rivista fu la *Gazzetta d'oltremonti* (1762) di Pietro Orteschi, trasformata l'anno successivo in *Giornale di Medicina*, pubblicata per circa trent'anni e caratterizzata dalla diffusione di quadri clinici e rimedi essenziali. Nel mondo anglosassone, il primo contributo americano è rappresentato da *The Medical Repository* (1797), seguito nel 1812 da *The New England Journal of Medicine*, tuttora pubblicato e ai vertici tra le riviste scientifiche internazionali in ambito medico; in Gran Bretagna, *Lancet* fu fondata nel 1823 e rimane anch'essa tra le riviste mediche più prestigiose⁽⁷⁾.

Nel corso del tempo, la stampa periodica si è dunque affermata come principale strumento di diffusione scientifica, comprendendo tutte le specialità mediche e sanitarie. Società scientifiche, associazioni professionali e case farmaceutiche hanno istituito proprie riviste, talvolta di grande diffusione e impatto culturale.

A partire soprattutto dalla seconda metà del Novecento si sono sempre più consolidati criteri cosiddetti bibliometrici⁽⁹⁾, vale a dire basati sull'applicazione di metodi matematico-statistici per la valutazione dell'attività editoriale in campo scientifico, e quindi anche medico, favoriti anche dal diffondersi di banche dati e piattaforme informatiche⁽¹⁰⁾. Di uso corrente parametri come l'Impact Factor⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾ e H-Index (Indice di Hirsch che misura la produttività e l'impatto scientifico di un ricercatore, basato sul numero di pubblicazioni e sul numero di citazioni ricevute)⁽¹³⁾.

Tuttavia, se a livello nazionale e internazionale si è in parte persa la funzione originaria di trasmissione diretta dell'esperienza, ciò non accade a livello locale.

Dopo la riforma sanitaria del 1978, la Medicina Generale italiana ha visto nascere nuove forme di collaborazione professionale, favorite dall'uso delle cartelle informatizzate e dall'accesso ai grandi database scientifici.

A Verona, nel 1905 Roberto Massalongo, Direttore dell'Ospedale Civile Maggiore, fondò il giornale *Il Fracastoro*, finalizzato alla discussione e alla diffusione delle esperienze cliniche ospedaliere; la rivista è tuttora in stampa e pubblica gli atti dell'annuale corso di medicina geriatrica rivolto soprattutto ai giovani colleghi. Il 20

marzo 1962, l'Ordine dei Medici di Verona iniziò la pubblicazione del bollettino *Verona Medica*, che documenta la vita dell'Ordine, ma affronta anche temi deontologici, scientifici, storici e di politica sanitaria locale⁽¹⁴⁾.

All'inizio del 1996, un gruppo di medici di medicina generale del Veneto fondò la rivista QQ - La Qualità e le Qualità in Medicina Generale, con l'obiettivo di documentare esperienze cliniche, promuovere audit e facilitare l'ingresso dei MMG nella produzione scientifica⁽¹⁵⁾. La rivista pubblicò contributi su organizzazione dell'ambulatorio, gestione delle cronicità, uso della cartella elettronica e attività durante la pandemia, sostenendo l'idea che il medico di famiglia possa essere produttore di conoscenza e non solo utilizzatore di linee guida⁽¹⁶⁾.

Nel 2001 nacque, a cura di Brizio E., Del Zotti F., Netaudit: una rete telematica volontaria dedicata a sviluppare strumenti condivisi per l'audit clinico. Il gruppo introdusse nella Medicina Generale italiana un metodo di ricerca strutturato, basato su revisione della letteratura, indicatori definiti, criteri di inclusione ed esclusione, maschere standardizzate per il data-entry e software validati internazionalmente. La scelta di raccogliere pochi casi per ciascun medico, ma con campioni cumulativi nazionali, permise di coniugare rigore metodologico e rilevanza clinica.

Tra il 2001 e il 2025 sono stati realizzati audit su ipertensione, diabete, asma, vaccini, ipotiroidismo, malattie rare e qualità delle liste, con la partecipazione di decine di MMG e migliaia di pazienti. Ogni progetto costituiva anche un percorso formativo, con manuali, tutorial, discussioni collet-

(5) Berrios GE. The early history of medical journals. *J R Soc Med* 1995;88:620–623.

(6) Garrison FH. An introduction to the history of medicine. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990.

(7) Garrison FH. An introduction to the history of medicine. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990.

(8) Porter R. The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity. New York: W.W. Norton; 1997.

(9) Hertz, Dorothy H. Bibliometrics history. *Encyclopedia of Library and Information Science* (2nd ed.). CRC Press, 2003

(10) Tra queste NLM Pubmed/Medline, Scopus/Web of Science, SCI-Science Citation Index, Web of Science.

(11) I.F, che si riferisce al numero medio di citazioni ricevute dagli articoli pubblicati su una rivista scientifica in un determinato intervallo di tempo.

(12) Garfield E. History and meaning of the Journal Impact Factor (2006) *JAMA*. 295 (1): 90–3

(13) Hirsch J.E., Buela -Casal G. The meaning of H-index. *Int J Clin Health Psychology* 2014, 14(2): 161-64

(14) Del Zotti F., Brizio E. Netaudit. Un sistema telematico collettivo per una medicina generale di qualità, *Rivista QA*, 2006.

(15) Baruchello M. Il valore fondativo del primo numero di *Rivista QQ: la Qualità e le Qualità in Medicina Generale* (1996), un progetto editoriale lungimirante.

(16) Campanini A., Del Zotti F., contributo nel volume *EQUIP Improving patient care in primary care in Europe*, 2004.

tive e supporto tecnico, anticipando modelli oggi definiti “community of practice”. L’esperienza ha avuto riconoscimento internazionale con contributi al network EQUIP (2004), presentazioni al CDC di Atlanta per la parte epidemiologica, partecipazione a gruppi europei di ricerca (EGPRN, EURACT, EURIPA) e il sostegno, nel comitato dei garanti della rivista, di figure di rilievo della General Practice europea⁽¹⁷⁾.

A trent’anni dalla fondazione, Rivista QQ – La Qualità e le Qualità in Medicina Generale e Netaudit rappresentano un modello originale di ricerca clinica, audit collettivo, formazione permanente e collaborazione tra pari, sviluppato in assenza di sostegni istituzionali e in un contesto professionale privo delle tanto auspiccate strutture

accademiche. Un’esperienza che ha anticipato molte delle attuali esigenze di qualità e valutazione nella Medicina Generale italiana.

Due principi fondamentali guidano la filosofia di QQ: la qualità della professione si fonda su un’esperienza attivamente ricercata e non passivamente attesa; la valutazione dell’esperienza richiede strumenti rigorosi e non autoreferenziali. Ciò ha portato alla partecipazione a studi clinici locali e nazionali, alla promozione di audit clinici individuali e alla creazione di strumenti informatici, come Netaudit, per la gestione e la valutazione dell’esperienza professionale. Come riportato nell’editoriale per il venticinquesimo anniversario della rivista, QQ ha permesso di aggregare forze culturali, anticipare problematiche di

etica, organizzazione e clinica, e proporre dichiarazioni e progetti editoriali significativi nel campo della medicina generale⁽¹⁸⁾. In estrema sintesi, la rivista afferma che “il medico di medicina generale non è solo un consumatore di linee guida, ma produttore di conoscenza professionale”⁽¹⁹⁾.

Da trent’anni, QQ accompagna la transizione dalla versione cartacea bilingue a quella elettronica, mantenendosi come strumento di supporto per tutti coloro che operano nella complessa realtà della medicina generale, valorizzando la conoscenza esperienziale e promuovendo la partecipazione attiva alla produzione scientifica.

[HTTPS://RIVISTAQQ.ORG/](https://rivistaqq.org/)

(17) Sabbi D., Salvadori A., Del Zotti F. Tecniche di scavo: audit sugli esiti in medicina generale, *Recenti Prog Med.* 2024.

(18) Baruchello M. Editoriale per i 25 anni di rivista QQ. *QQ* 2021;2:1–12.

(19) Del Zotti F., Rigon G., Mora R., Baruchello M. Il valore fondativo del primo numero di Rivista QQ: la Qualità e le Qualità in Medicina Generale (1996), un progetto editoriale lungimirante.



RICORDATE...!

È fatto obbligo a tutti gli Iscritti:

- a) denunciare all’Ordine ogni esercizio abusivo della Professione Medica ed ogni fatto che leda il prestigio professionale;
- b) informare la Segreteria di ogni eventuale cambiamento di qualifica, di residenza e del conseguimento di specialità o docenze, esibendo il relativo attestato in competente bollo.

Prestanomismo

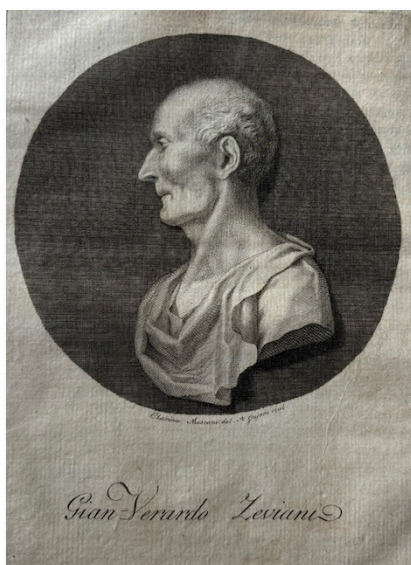
Si riporta per ulteriori reminiscenza, l’Art. 8 della legge n. 1792, che così recita:

- 1) Gli esercenti le professioni sanitarie che prestano comunque il proprio nome, ovvero la propria attività, allo scopo di permettere o di agevolare l’esercizio abusivo delle professioni medesime sono puniti con l’interdizione della professione per un periodo non inferiore ad un anno;
- 2) Gli Ordini e i Collegi Professionali, ove costituiti, hanno facoltà di promuovere ispezioni, presso gli studi professionali, al fine di vigilare sul rispetto dei doveri inerenti alle rispettive professioni.



GIAN VERARDO ZEVIANI MEDICO VERONESE 1725 - 1808 nel trecentesimo della nascita.

Dedicato alla memoria di un grande Accademico ed alla ACCADEMIA di AGRICOLTURA SCIENZE e LETTERE di Verona



Ritratto di Gian Verardo Zeviani

"il nome di Gianverardo Zeviani Medico che fu di Verona è consegnato immortale alla storia. Questo sommo nostro cittadino visse gloriosamente a beneficio dell'umanità, agli utili progressi delle scienze, all'onore della patria e all'esempio delle più care virtù" Così nella prefazione dello scritto "SULLA VITA E LE OPERE DI GIO. VERARDO ZEVIANI medico e filosofo veronese" scrive il suo autore dottore in medicina Andrea Borsaro, veronese, pubblicato a Pavia il 19 marzo 1834, conservato presso l'Accademia di agricoltura Scienze e Lettere di Verona.

Un elogio del protomedico GIANVERARDO ZEVIANI venne letto in *pubblica adunanza* nell'accademia di Agricoltura commercio ed arti di Verona dall'abate Giuseppe Venturi il 18 aprile

1822, m.e. di questa Accademia ed in essa conservato.

Già però nel Gennaio 1811 un Elogio del Sig. Giovanni Verardo Zeviani venne scritto dal Sig. dottor Antonio Guarienti Veronese, anch'egli m.e. di questa Accademia, parimenti in essa conservato.

In un articolo su VERONA MEDICA del febbraio 2013, pagg 31-35: "Giovanni Verardo Zeviani e la sua dissertazione sullo scorbuto". Giovanna Ferrari De Salvo premette una breve biografia dello Zeviani.

Nel trecentesimo anno dalla sua nascita, con questo scritto, desidero ricordare, ancora una volta il nostro illustre concittadino a dimostrazione che la sua memoria non è passata.

GIANVERARDO ZEVIANI nasce il quel di San Michele di Campagna, più noto oggi come San Michele extra, ormai sobborgo di Verona, il giorno 29 maggio 1725, da Vincenzo e Maddalena Sandri. La famiglia non era di quelle illustri o di origini nobili. Il padre è definito "possidente" però con notevoli disponibilità economiche per vivere agiatamente e mantenere agli studi i suoi numerosi figli, Gianverardo ebbe infatti 5 fratelli, di costoro almeno di uno, oltre Gianverardo, Agostino, si mantiene a Verona il ricordo come di illustre giurista. Andrea Borsaro cita quanto di lui disse Benedetto Del Bene *"uomo di finissimo discernimento, di vasta letteratura, oltre quella legale e che a lui meritamente dar si poteva come ad Aristide in Atene, il titolo di Giusto.*

Gianverardo, Entrato in età scolare, fu ammesso alla scuola dei Gesuiti, che allora erano deputati all'insegnamento pubblico, situata nel loro convento presso la chiesa di San Sebastiano, in città, in fondo alla via cappello, ove, dopo la soppressione dell'ordine ven-

ne collocata la pubblica libreria, aperta al pubblico nel 1802, ora Biblioteca Civica. Oggi è visibile quanto rimane della chiesa distrutta da un bombardamento alleato nel 1944. Presso questa scuola che era denominata Ginnasio, egli studiò per 5 anni, apprendendo con buon profitto la filosofia e le lettere. Il padre pensava di avviarlo allo studio del diritto, che egli intraprese, in obbedienza, per staccarsene subito, più interessato allo studio della filosofia e della medicina. Così, con il consenso del padre che permise al figlio di seguire le proprie inclinazioni, si iscrisse alla facoltà di Medicina dell'Università di Padova ove insegnavano prestigiosi professori, come G.B.Morgagni ed altri, forse meno famosi, ma non meno validi.

Il 6 maggio 1747 all'età di 23 anni, Gian Verardo Zeviani consegue la *laurea in utroque facultate filosofia et medicina* ed il titolo di medico e filosofo, come attestato nel manoscritto 376 nell'archivio antico dell'Università di Padova fogli 225r 226r. Nel manoscritto sono annotati il nome del laureando, la data ed i nomi dei docenti nelle varie cattedre e tra questi bene visibile il nome di G. Battista Morgagni. Nel XVIII secolo l'ordinamento didattico era diverso dall'attuale, che iniziò solo sul finire del XIX secolo. Non esistevano allora piani di studio, gli esami di profitto non erano praticati e non vi era una dissertazione scritta di laurea. Inoltre non vi era un fascicolo personale per ogni studente con tutti i suoi documenti. Il diploma di laurea veniva consegnato in copia unica al neolaureato.

Una volta conseguita la laurea, Zeviani rientra a Verona, ove prende domicilio, e per dieci anni pratica la professione sotto la guida del dottor Girolamo Gaspari protomedico di sanità (*il protomedico era medico di*

chiara fama chiamato ad assumere l'incarico di pubblico funzionario per coadiuvare la attività sanitaria dello stato ed i cui principali compiti, ma non solo, erano di valutare le effettive capacità di chi chiedeva di intraprendere la professione e di vigilare sulla sua attività) del quale Gianverardo dice essere formato ad ammaestrare con profitto i giovani medici, stimolandoli ad acquisire esperienza con la diretta osservazione al letto degli ammalati, non solo dallo studio dei libri. Rapidamente Zeviani acquista esperienza e buona reputazione tra i suoi concittadini di tutte le classi sociali.

Ebbe suo paziente nel 1747, giovane laureato, un personaggio di rilievo nella città di Verona, il feldmaresciallo conte Mathias von der Schullemburg dell'età di 81 anni, governatore militare di Verona, un eroe della Serenissima che nel 1716 difese Corfù dai turchi. Gli somministrò un emetico, ma il paziente morì. Ne conseguì un certo scalpore visto il livello del paziente defunto (che pur tuttavia aveva una età veneranda) con polemiche discussioni e pareri discordi. Zeviani, ritenne opportuno di ragionare sull'evento e con l'esperienza fatta negli anni successivi, nel 1752 pubblicò, per i tipi di Antonio Andreoni, Verona, *metodo circa l'uso della purga e del salasso*. nel 1775 ritornò sull'argomento e pubblicò, per i tipi di Vincenzo Manfredi di Napoli *metodo circa l'uso della purga e del salasso*, con in prefazione una bella lettera del suo maestro dott. Girolamo Gaspari nella quale egli tesse un lungo elogio del suo allievo.

In questa pubblicazione lo Zeviani elenca una lunga lista di pubblicazioni di ben 79 autori, nella storia della medicina, che hanno dibattuto il problema. La prima frase con la quale inizia: *il premettere la purga al salasso, dovunque sia bisogno d'usare ambidue questi rimedi è un errore, che fu sempre ed è tutt'ora comune alla volgare medicina di ciascheduna nazione*. Segue la descrizione di una decina di casi clinici a sostegno. La sua conclusione: *come il purgare innanzi il salasso è condannato da i più accreditati scrittori di ciaschedun tempo, e di qualunque più colta nazione*. Dal contesto si capisce che lo Zeviani non pone una distinzione tra purganti ed emetici. Il testo contiene una accurata descrizione



Copertina della pubblicazione "Del flato a favore degli ipocondriaci"

della fisiologia della digestione, dell'assorbimento degli elementi nutritivi e dell'espulsione delle scorie. Nel 1765, affronta un argomento evidentemente dibattuto all'epoca, con la pubblicazione "*del flato degli ipocondriaci*". Si legge una interessante dissertazione sulla ipocondria "disonore della scienza tanto è difficile a guarire". Si dilunga su un sintomo di tale condizione che considera caratteristico, "il flato", che egli analizza nei casi di ipocondria, differenziandone le caratteristiche da quello che definisce "flato comune". Sembra che lui stesso soffrisse di questa condizione che definisce *il morbo di chi pratica lo studio indefesso e le continue applicazioni, con notti vegliate. Suggestisce come giusto rimedio l'uso di bere del buon vino vecchio e moderare lo studio*. Aveva indicato la sede del male nell'ipocondrio sinistro. Le nostre cognizioni oggi ci indicano una diversa causa dell'ipocondria. Zeviani si occupò di pediatria, tra i primi, con studi importanti, per l'epoca nei quali videro la luce, ed anche per i riflessi pratici che ebbero sul costume e sulle disposizioni vigenti in tema di sanità. Nel 1775 pubblica, per Moroni, *sulle numerose morti de' bambini, dissertazione accademica*. Nel 1761 pubblica in Verona per il medesimo editore: *della cura dei bambini attaccati dalla rachitide*.

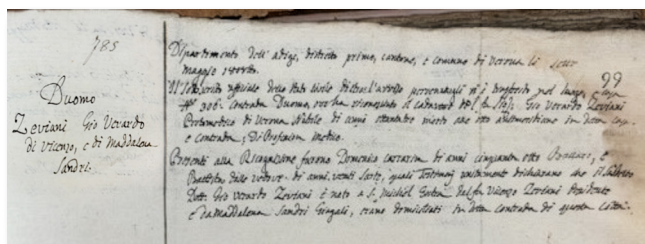
Nel lavoro sul rachitismo lo definisce una particolare cachessia o una maldisposizione del corpo in cui tutti gli

umori peccano di una straordinaria acrimonia che deriva dalla corruzione del latte del quale si nutrono i bambini. Specificò la differenza tra rachitide e scorbuto o dal mal francese, riferendosi all'eredolue, ed escluse che fosse di natura infettiva. Conclude che il rachitismo deriva da una cattiva alimentazione. In questo lungo lavoro, condotto con grande rigore scientifico ed ampie citazioni della letteratura all'epoca disponibile, presenta la sua ampia casistica al riguardo, le ipotesi diagnostiche, i vari trattamenti suggeriti ed infine il trattamento da lui attuato con i positivi risultati ottenuti. Molto interessante la dedica di questo lavoro, al medico olandese, *Signor Barone GIRARDO VAN-SVVIETEN* (1700-1772) *sommo filosofo*, che era medico di corte dell'Imperatrice Maria Teresa d'Austria. Era il padre di Gottfried Wan Svieten, (1733- 1803), protettore di Mozart, uomo di cultura, diplomatico, prefetto della biblioteca imperiale di Vienna, librettista di alcune opere di Haydn. Nella dissertazione accademica sulle numerose morti dei bambini, che è un bellissimo trattato di pediatria e di patologia neonatale, prende in esame anche i comportamenti delle mamme e delle nutrici non mancando di stigmatizzare quelli che considera errati. Zeviani all'inizio della pubblicazione si sofferma su importati dati statistici sulla mortalità in genere a Verona *città d'aria temperata e salubre*, con una popolazione di 50.000 abitanti: la vita media tra il 1743 ed il 1771 è di anni 28 ed 1 mese (paragona i dati di altre città europee come Parigi 550.000 ab. Londra 600.000 ab. Vienna 300.000 ab. ove la vita media è 24 anni e conclude *quanto le città sono più ampie ed affollate, tanto è più breve la vita di chi vi abita*. I dati della mortalità infantile a Verona, negli stessi anni, agli 11 anni sono morti il 50% dei nati vivi, il 33% nel primo anno di vita con il momento più critico il primo giorno di vita. In Francia ai 5 anni i morti sono il 60%, *(in paragone i dati attuali della mortalità infantile: in l'Europa nel 2019 nel primo anno di vita è il 3,4/ 1000 nati vivi, in Italia è il 2,4/1000, ma nel Veneto è il 2,1 /1000 nati vivi)*. Espone quali possono essere le cause delle numerosissime morti dei bambini, senza tralasciare delle considerazioni francamente tinte di misoginia ed a

proposito del vaiolo si legge una frase che lo mostra scettico sul reale valore della vaccinazione (!). Si sofferma sulle balie e la scelta di quelle idonee, indica le cure che lui raccomanda per ogni patologia, sulla base dell'esperienza personale. Verso la fine del suo scritto, Zeviani testualmente scrive: *la più comune e micidiale causa di morte, che, sola, la maggior parte di quanti nel primo tempo periscono, toglie la vita: la qual non so se per qual negligenza o destino non è stata finora avvertita e rimarcata l'influenza del freddo, dal quale derivano convulsioni, tossi catarrali, polmoniti, febbri infiammatorie, causa di tante morti nei primi giorni di vita.* Zeviani è rimasto colpito dall'aver registrato la morte di molti bambini nati nella stagione fredda e portati al fonte battesimale. Egli ha registrato per sei anni interi di mese in mese il numero dei nati e quello dei morti nei primi trenta giorni dalla nascita; divide l'anno in sei mesi di freddo e sei di caldo. La somma dei nati nei sei mesi freddi è di 6080, ed i morti 1055. La somma dei nati nei mesi caldi è di 5151 ed i morti 468. A questo fatto aveva accennato in un suo lavoro, con dedica al maestro Morgagni, *DE'MORBI PURULENTI* nella parte IV al cap. 5. Enumera tutte le cause attraverso le quali il freddo rappresenta un pericolo per la vita del neonato e tutti i provvedimenti per proteggerlo insistendo sul tenere il neonato a contatto fisico con la mamma per esserne riscaldato. Con forza sottolinea di non portare il neonato alla fonte battesimale durante la stagione fredda. Riporta che il battesimo viene in genere somministrato tra il terzo o quarto giorno, ed una polmonite compare verso l'ottavo come diretta conseguenza dell'acqua fredda versata sul capo. Non Basta usare acqua tiepida, grave può essere anche l'esposizione del neonato all'aria molto fredda della chiesa. La sua conclusione è che il portare i bambini al battesimo alla fonte battesimale durante la stagione fredda può essere causa di sequele patologiche e di morte, invoca una misura atta ad impedire questa situazione pericolosa per la sopravvivenza dei neonati. L'eco di questo scritto fu grande, Antonio Guarienti curiosamente nel suo Elogio del 1811, riporta che giunse in mano del Re di Danimarca il quale ne rimase impres-

sionato e diede ordine che i bambini durante l'inverno venissero battezzati in casa. Anche il governo di Verona emise un decreto, datato 21 settembre 1803, che ordinava ai parroci di dare il battesimo in casa durante l'autunno e l'inverno. Nel 1812 il Prefetto dell'Adige, inviò una richiesta al Ministero dell'interno del Regno d'Italia a Milano per reintrodurre questa norma (Andrea Borsaro, pag.29 n.2 del testo citato) Numerose sono state le pubblicazioni dello Zeviani, che toccarono quasi tutti gli argomenti della medicina e che qui sarebbe troppo lungo elencare, dallo studio della parapleurite, agli ascessi, gli avvelenamenti da funghi, il morso dei cani rabidi, l'epilessia, lo scorbuto, sul vaiolo curato con la chinachina, sul caso di un tifico curato con la cicuta,, su un caso di vomito urinoso, sul catarro epidemico, su una autopsia fatta eseguire su un suo paziente, il Co. Antonio Gazola, sulla autopsia di un altro suo paziente verosimilmente deceduto per un cancro ascesso gastrico, una lunga lettera sulla sua osservazione di un caso di teratode, che non pubblicò in quanto già poco prima lo aveva pubblicato Zenone Bongiovanni (*"C.Mazza e al. Description of a monstrous little girl born in the Verona area on June 14, 1789. Child Nervous System 08, January, 2025 on line*). Due pubblicazioni, in lingua latina, stampate a Verona nel 1756 e nel 1757 (entrambe conservate presso la nostra biblioteca civica), attribuite a Zeviani (il nome non appare stampato sulla copertina, ma vi è una nota con il nome sull'ultima pagina) dedicate al problema del parto difficile: *de embryulcia sive foetus vivi extractione per uncus e appendix ad dissertationem de foetu in partu difficili pro conservanda matris vita.* Ma non solo di medicina trattò con scritti. Zeviani era membro dell'Accademia di Agricoltura ove era entrato tra i primi il 9 maggio 1769 proveniente dalla appena rinata Accademia degli Aletofili, ad opera di Zaccaria Betti, Girolamo Pompei ed altri, confluiti nell'Accademia di Agricoltura nel 1768. Come tale

pubblicò scritti sulle piante da legna e sul metodo di fare la carbonella (che venne tradotta in spagnolo per richiesta dell'accademia reale di Madrid), sul riso ed il giavone, sui vermi pestilenziali dei buoi, una storia dell'Accademia di Agricoltura arti e commercio di Verona per l'anno 1797 letta in pubblica adunanza il 18 aprile 1798, pubblicata negli atti, assieme ad altri 5 Accademici, il signor Cagnoli, il marchese Carlotti, il conte Marioni, l'abate Venini ed il signor Del Bene segretario. Presso la Accademia di Agricoltura S. L si conserva un manoscritto di Zeviani del 1799 con oggetto una disquisizione su due frutti di diversa specie entrambi sul medesimo ramo dell'albero. Gianverardo Zeviani era uomo di vasta cultura, oltre al latino ed al greco padroneggiava il francese, il tedesco, l'inglese e lo spagnolo. Amava la sua lingua materna. Riporta nel suo discorso accademico sul nostro, il dott. Andrea Borsaro (1834): *fu inimicissimo a què loschi ingegni che la nostra favella, maschia, sonora, divina, la favella di Dante, Petrarca, Tasso ed Ariosto, la favella della musica, tentarono di bruttare e dirò di più di far barbara ed abietta, annestandone sconciamente in guisa vituperevole le forme della lingua francese!* Poco è stato tramandato della vita privata di Gianverardo Zeviani, non si sposò e nel certificato anagrafico di morte viene curiosamente definito "nubile". In città a Verona abitava nella zona del Duomo. Nell'aspetto viene descritto di alta statura, piuttosto magro, l'aria del viso espressiva. Vestiva in maniera sobria, semplice e schietto di carattere, grave insieme e disinvolto nei gesti e nel portamento, non assumeva atteggiamenti superbi e sdegnosi, mai fu rozzo o scortese. Parlava chiaramente, con tono persuasivo, spesso con arguzia. Molto religioso. Molto parche le sue abitudini dietetiche, beveva del vino vecchio in ossequio alle sue pre-



Certificato anagrafico di morte di Gian Verardo Zeviani

scrizioni per la cura dell'ipocondria della quale soffriva. Mantenne sempre saldi i legami con i suoi fratelli, ed era amato e rispettato dai suoi concittadini. Svolsse con impegno e studio continuo la sua professione ed acquisì una notevole fama, in patria ed all'estero. Verso i 50 anni di età gli venne offerta la possibilità di ricoprire una cattedra nella facoltà di Medicina all'Università di Padova ove si era laureato. (ciò è riportato dai suoi biografi, ma alcun documento ho potuto trovare di ciò). Riguardo la sua fama professionale, scrive Andrea Borsaro, *"lui consultarono in Verona, lui consultarono per iscritto assai uomini primari di Venezia, Milano, Torino, Firenze, Roma, Napoli. A lui ebbero ricorso ammalati nobilissimi di Germania, Spagna, e persino America, di lui e de' suoi consigli medici si giovarono anche potentissimi monarchi, il Re di Spagna lo insignì del titolo di suo criados (cameriere), fu suo paziente il figlio del vicerè del Messico e del Perù.* Corrispose, conoscendo le lingue, con stimati colleghi in tutta Europa.

Ebbe il titolo e l'incarico di Protomedico (vedi sopra a proposito di Gerolamo Gaspari) a Verona ed in questa veste è nominato nella pubblicazione di Zenone Bongiovanni *descrizione di una mostruosa bambina nata nel veronese, VR 1779*, a sovrintendere alla autopsia. Di questo fatto lo Zeviani scrive, in una lettera del 1789, a Leopoldo Caldani *"è un discorso sopra un mostro umano monocefalo, bifaccia, semidoppio, nato vivo e maturo in Calmasino nella provincia di Verona"*.

La professione fu il suo costante impegno, per tutta la vita, ed esercitò quasi sino alla fine. Dice il Borsaro nel suo discorso accademico *"il professare non faceva mai pompa di dottrine e questa riservatezza adoperava né suoi consulti per iscritto de' quali in molte lingue, moltissimi rimangono. Piacque agli ammalati per i suoi discorsi pieni sempre di nobile conforto, non ebbe la prudenza crudele di esagerare i pericoli per far più grande la cura o per mascherare gli errori. Ottenne la confidenza del ricco perché era celebre, quella del povero perché era umano, generoso, benefico e buono a dar sollievo al più grande dei mali, la miseria"*. Frequentava gli ambienti della cultura.

Era membro, come già detto, dell'Accademia di Agricoltura di Verona ove era giunto da quella degli Aletofili, della Reale Accademia di Madrid, dell'Accademia di Mantova, di Vicenza, di Venezia e di Toscana, Socio della Società Italiana istituita da A.M. Lorgna, nella quale fu tra i primi ad entrare. A proposito della fama di Gianverardo Zeviani, Antonio Guarienti, nel suo elogio, riporta a pagina 59, un curioso episodio: un illustre professore dell'università di Pavia durante la lezione fece il nome di Zeviani e rivolto agli studenti chiese se tra loro vi fosse un veronese. Uno si alzò, ma disse di non conoscerlo, *"l'indignazione del professore fu grande per sì vituperosa ignoranza e soggiunse essere vergognoso che un ad un veronese ogni notizia mancasse del savio Nestore dei medici veronesi"* A Verona frequentava uomini di cultura ed intellettuali, in particolare egli negli anni più giovanili era molto spesso presente in casa del Marchese Scipione Maffei (VR 1676-1755) dove si tenevano dotte riunioni letterarie.

Gianverardo Zeviani muore all'età di 83 anni, il giorno 7 Maggio 1808 nella sua casa identificata con il numero 306 nella parrocchia del Duomo. Il certificato anagrafico scritto dall'ufficiale di stato civile che lo epiteta di Protomedico, riporta l'ora della morte, alle 8 antimeridiane; lo identificano le due persone presenti in casa, probabilmente dei domestici, Domenico Lazzerini di anni 58 e Battista Dalle Vedove di anni 27. Il documento è presente in Archivio di Stato di Verona.

Dalle mappe catastali del regno d'Italia si vede che la casa ove Zeviani morì, in zona del Duomo, numero 306, era vicino alla chiesa di San Pietro in Monastero, la chiesa nella quale venne celebrato l'ufficio funebre, per sua espressa volontà scritta nel testamento. Con una localizzazione sulla pianta attuale della stessa zona, il numero 306 si trova tra via Forti e via Verità, appena dietro la detta chiesa. Il certificato di morte redatto dal Dott. Giovan Battista Menegatti, conservato presso la Accademia di Agricoltura Scienze e Lettere di Verona attesta la morte avvenuta il giorno 7 Maggio 1808 alle ore 8: causa mortis malattia cronica di Vescica. Accanto annota: chirurgo Monterossi. Va sepolto a San Bernardino.



Certificato di morte redatto dal Dott. Giovan Battista Menegatti

Oggi quel cimitero non esiste più e le spoglie vennero traslate al cimitero monumentale.

Riferisce il Borsaro che lasciò in eredità la somma di lire sessantamila all'ospedale di Verona

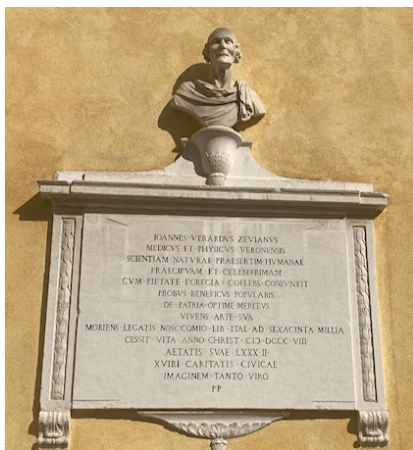
La stessa somma, riporta Antonio Guarienti nell'elogio di Giovanni Verardo Zeviani scritto nel 1811, ed è stata scolpita sulla lapide con il bassorilievo visibile oggi sulla facciata interna dell'ingresso dell'ospedale civile, fatta a spese della Congregazione di carità. La stessa Congregazione fece porre una lapide sopra il suo sepolcro, autore del testo di entrambe fu l'Abate Luigi Trevisani. Questa, riportata dal Guarienti, recita:

SEPULCRUM IOANNIS VERARDI ZEVIANI
VERONENSIS
CONDUNTUR ZEVIANI OSSA HOC
LAPIDE OCCUPAT OMNEM
EUROPAM TANTI MENS
PHYSICI ET MEDICI
OB NONIS MAI ANNO CHRIS-
STI M DCC VIII
AETATIS SUAE LXXXII
X VIRI CARITATIS CIVICAE M P C

L'altra, quella preservata e visibile, sulla facciata dell'ospedale, recita:

IOANNES VERARDUS ZEVIANUS
MEDICUS ET PHYSICUS VERONENSIS
SCIENTIAM NATURAE
PRAESERTIM HUMANAE
PRAECIPUAM ET CELEBERRIMAM
CUM PIETATE EGREGIA
COELEBS CONIUNXIT

PROBUS POPULARIS BENEFICUS
DE PATRIA OPTIME MERITUS
VIVENS ARTE SUA
MORIENS LEGATIS NOSOCOMIO
PUBL LIB ITAL AD SEXAGINTA MILLIA
CESSIT VITA ANNO CHRISTI M DCCC VIII
AETATIS SUAE LXXXII
X VIRI CARITATIS CIVICAE
IMAGINEM TANTO VIRO PC



Lapide sulla facciata dell'ospedale civile

Circa la sepoltura di Gian Verardo Zeviani, risulta effettivamente sepolto in San Bernardino, come riporta OTTAVIO CAGNOLI in ISCRIZIONI in Verona, pubblicato a Verona 1852, nel I tomo, ove parla delle sepolture a San Bernardino, riporta la lapide sepolcrale in quel cimitero con il nome dello Zeviani e la data di morte, contrassegnata dal numero 40. Inoltre più avanti nel testo sempre a proposito di Zeviani nomina l'abate Trevisani quale autore dell'epitaffio presente in San Bernardino. Nel II tomo ove riferisce delle sepolture al cimitero monumentale che lui chiama cimitero di porta vittoria, riporta delle sepolture traslate a partire dal 1828 dal cimitero di San Bernardino. Le lapidi di San Bernardino furono in parte utilizzate per pavimentare il chiostro della chiesa, in parte poste sul muro dello stesso. Di quella dello Zeviani non vi è traccia. Il Cagnoli nella sua pubblicazione riporta la presenza al cimitero di porta vittoria della lapide contrassegnata col numero 40 già presente in San Bernardino (quella scritta dal Trevisani) evidentemente trasportata con i resti della salma, che indica la sepoltura dei resti al monumentale. Di questa, nonostante una personale estenuante ricerca, anche con l'aiuto dell'AGEC e

dell'archivio storico del comune, non ho trovato traccia. Il Cagnoli nel suo testo scrive che lo Zeviani donò all'ospedale della misericordia 60.000 lire italiane ed avrebbe il diritto di essere ricordato nel Pantheon BENEFICIIS IN PATRIAM. Però non vi è traccia di lui in quella sede. All'AGEC mi hanno detto che una commissione è incaricata di queste collocazioni. Forse la perorazione del Cagnoli non è stata all'epoca accolta, oppure la commissione sta ancora esaminando le proposte! In ogni caso questo diritto di sepoltura in quella sede bene si accorderebbe con l'entità del lascito, come sarà specificato più avanti nel testo.

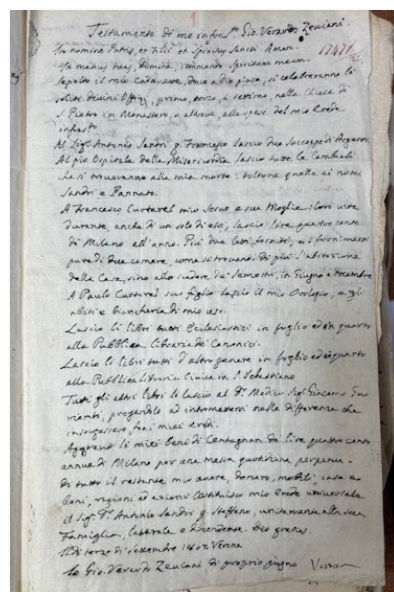
L'Abate Venturi, nell'elogio di Gianverardo Zeviani letto in pubblica adunanza in Accademia il 18 aprile 1822, scrive, "donò tutto il suo all'ospedale per una somma di centocinquantamila lire". Aggiunge che l'ospedale, grato, pose al suo ingresso una effigie in marmo del benefattore ed aggiunge, con malizia, il Venturi, con la speranza di trovar chi lo imiti.

Sulla ragione di questo cospicuo lascito il Venturi scrive ironicamente "non dono, ma compensazione a stretto soddisfacimento e debito di coscienza, Quasi che in quegli estremi momenti del viver suo, in cui uno sguardo timoroso suol darsi sulla vita decorsa, a lui pallide presentate si fossero e minacciose, le ombre di molti, ai quali notte si fè ante sera, coi barattoli in mano dei farmaci non salutari d'ordine suo fatalmente ingozzati, e indicando le vene di sua commession fatte esanguie: e a tale fantasia, sogno, o visione, si lo stringesse il rimorso, che a soffocarlo non più potendo rendere le mal perceptive paghe agli ammalati già morti, si credesse in dovere di restituire agli ammalati ancor vivi.

Un punto rimane da chiarire, circa alcune affermazioni espresse in questi scritti. Il Guarienti dice che la somma lasciata all'Ospedale era di lire sessantamila, così riporta anche il Borsaro. Il Venturi oltre a dire che donò all'ospedale tutto il suo (cioè l'intero patrimonio) specifica l'ammontare a non meno di cento cinquanta mila lire, aggiunge che forse i timorosi parenti che a chi è ricco sbucano fuori dal cavallo di troia, se ne saranno adontati. Per concludere occorre una precisazione, che chiarisca questo punto,

che si ottiene dalla visione dei documenti disponibili.

Dalla lettura del testamento autografo di Gio. Verardo Zeviani, validato dal notaio Luigi Maboni e datato 3 settembre 1807, (ASVr reg.101. c. 79) si viene a sapere che aveva nominato erede



Testamento autografo di Gian Verardo Zeviani

universale il cugino di parte materna Antonio Sandri fu Stefano, Alcuni oggetti lascia ad un altro parente, anche lui Antonio Sandri ma fu Francesco, un vitalizio di quattromila lire annue al suo servitore ed alla moglie, un orologio al figlio di questi assieme agli abiti. Parte dei libri alla pubblica libreria dei Canonici, parte alla libreria civica in San Sebastiano. Quattrocento lire annue per una messa quotidiana in perpetuo. All'ospedale lascia tutte le sue cambiali. La cifra non è specificata.

Nella biografia di Gianna Ferrari De Salvo si legge solo che Zenari lasciò all'ospedale tutte le sue cambiali. Infine nella lapide riportata dal Cagnoli e riportata sopra, la somma elargita è di 60.000 lire italiane.

Se la somma lasciata in eredità all'Ospedale della misericordia era di lire Italiane 60.000, potrebbero equivalere ad una somma attuale di circa 360.000 euro. Considerando il potere di acquisto al momento del lascito, la cifra era considerevole.

Il testamento in originale chiarisce quali furono le ultime volontà del testante.

CARLO MAZZA

Il Medico condotto

Il nome è caratteristico, singolare: è il participio passato di condurre, nel significato antico di “stipendiare”, cioè di sanitario (medico, ostetrica o veterinario) che ha assunto, dietro stipendio annuo, gli incarichi relativi alla rispettiva condotta. Condotta cioè a dire “assunto” da uno o più comuni per curare la salute dei rispettivi abitanti.

La legge 22 dicembre 1888, n. 5859 (legge Crispi- Pagliani) obbliga ogni comune italiano ad assumere un medico condotto per l'assistenza sanitaria, e ciò lo sarà fino al 1978, anno di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Così scrive Enzo Vergnano negli anni '70 del secolo scorso su “Il Medico condotto”, organo ufficiale dell'Associazione nazionale Medici Condotti: “La Condotta medica è un'istituzione così viva e vitale, così necessaria ed indispensabile che se non esistesse bisognerebbe inventarla. La capillare distribuzione territoriale, la residenzialità del medico, la garanzia di selezione attraverso pubblico concorso, l'assistenza ai bisognosi, che sempre esisteranno perché infiniti sono i bisogni e non solo e sempre di natura economica, sono attributi così qualificanti per la Condotta Medica che la rendono insostituibile”.

È questa l'orgogliosa rivendicazione, il canto del cigno di una fondamentale ed insostituibile istituzione, fulcro dell'assistenza sanitaria fino agli anni 80 del '900 che però ha fatto il suo tempo, che non avrebbe potuto affrontare le mutate realtà sociali e sanitarie dovendo cedere giocoforza il passo a nuove organizzazioni territoriali ed ospedaliere, volute dalla nuova Riforma sanitaria (L. 833/78).

I compiti del medico condotto

Andiamo ora agli albori, alla prima metà del '900; i complessi compiti del medico condotto vengono evidenziati dal T.U. Leggi sanitarie 27 luglio 1934, n.1265, specificate nel “Regolamen-

to generale per i medici condotti” (fig.1), che mio papà va a leggere ed osservare quando viene assunto nel marzo 1950 dal Comune di Veronella nella seconda condotta medica di San Gregorio; (il mio commento è in corsivo).



Fig. 1

A pag.8 l'art.8 (fig.2) scrive dell'obbligo di residenza nell'ambito della condotta.

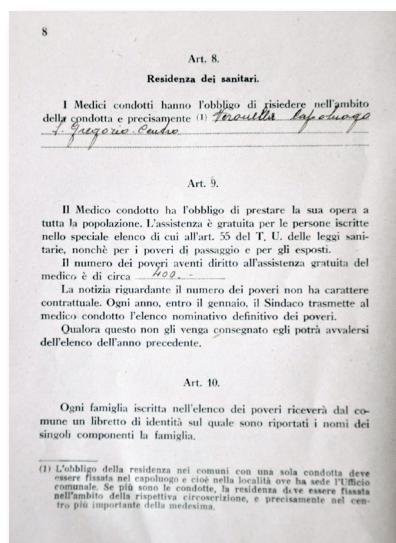


Fig. 2

Nel secondo dopoguerra molti comuni costruiscono, nel capoluogo e nelle frazioni, le abitazioni destinate ai medici condotti, dotate anche di due locali arredati per l'ambulatorio e per la sala d'aspetto.

L'art. 9 (sempre fig.2) obbliga di assistere i poveri iscritti nello speciale elenco di cui

all'art. 55 del T.U. delle leggi sanitarie, che nel 1950 a San Gregorio sono in numero di 400.

A pag.10 (fig.3) nell'art. 11 sono regolate le richieste di visite a domicilio, che se notturne devono prevedere che il medico sia accompagnato a casa dell'ammalato. Questo come gli altri articoli è scritto in modo aulico e rigoroso, documento del tempo.

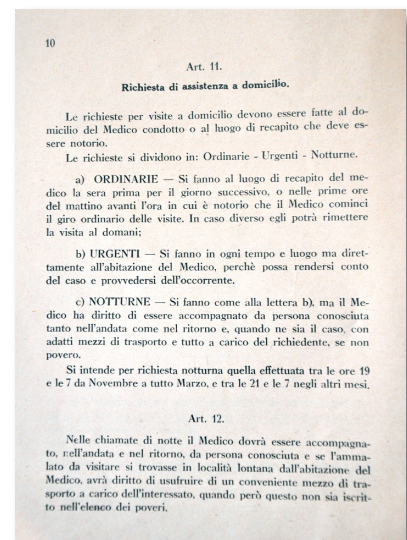


Fig. 3

A pag.12 l'art.14 regola la possibilità di esercitare la libera professione, mentre l'art.15 fissa il trattamento economico, con lo stipendio iniziale di Lire 200.000.

A pag.16 l'art. 19 scrive “del dovere del medico di notificare al sindaco anche assenza di un giorno, provvedendo alla supplenza da parte di un collega”.

A questo proposito, ricordo un fatto accaduto in un comune vicino: un

condotto fu trattato con eccessiva durezza, e licenziato dall'amministrazione comunale perché si era assentato un pomeriggio per recarsi a Verona ad acquistare una camicia, e ciò senza farsi sostituire; era stato chiamato d'urgenza quel medico per un paziente deceduto, ma egli non era presente.

Un aneddoto: il Dott. Giuseppe Zambelli, medico condotto ad Arcole dagli anni '50 al 1970, aveva come unico momento di riposo il pranzo la domenica a Legnago, nell'abitazione dei propri fratelli e nipoti; ebbene, non sempre riusciva a vivere serenamente quei momenti, essendo spesso chiamato a ritornare in condotta per l'urgenza di turno.

A pag. 22 l'art. 26 tratta della vigilanza sanitaria, cioè dell'obbligo da parte del medico condotto "di cooperare con l'Ufficiale Sanitario all'esecuzione dei provvedimenti di igiene e profilassi ordinati dall'Autorità Comunale, alla lotta contro le mosche e gli insetti nocivi, alle disinfezioni e alle ispezioni del suolo".

A pag. 24, agli art. 29 e 30 si chiariscono gli obblighi di dotarsi di strumenti chirurgici per la piccola chirurgia, collaborando con l'ostetrica per i comuni interventi ostetrici.

Andiamo ora all'art.32, dove "nella prescrizione di medicinali per i poveri, il medico condotto cercherà di rendere, nel limite del possibile, meno dispendiosa l'assistenza farmaceutica, con l'adozione di medicinali che, pur essendo di pari efficacia, abbiano un prezzo inferiore al altri, astenendosi dalla prescrizione di specialità medicinali".

È l'art. 33 che impone altri onerosi obblighi:

Visitare e curare gli operai e i lavoranti girovaghi.

Rilasciare gratuitamente ai poveri le certificazioni di legge richieste, e prendere parte alla revisione annuale dell'elenco dei poveri.

Eseguire gratuitamente le vaccinazioni antivaiose, come altre vaccinazioni.

È questa una delle funzioni più qualificanti del medico condotto, con tanti meriti che così acquisisce, compiti dei cui risultati andare sempre fiero, che portano alla diminuzione della mortalità per malattie infettive dal 15,2% del 1930 al 1,8% del 1970.

La vaccinazione antivaiose viene resa obbligatoria nel 1888 ed interrot-

ta nel 1977, con l'eradicazione della malattia. Un celebre dipinto di Demetrio Cosola, del 1897, dal titolo "La vaccinazione nelle campagne" (fig.4) conservato nel municipio di Chivasso, mostra alcune mamme intente a far vaccinare i loro bambini dal medico condotto nel

corso della prima campagna di massa dell'Italia unita contro il vaiolo. L'antidifterica entra in uso dal 1939, ed è tuttora in vigore. L'antipolio Sabin, che sostituisce il Salk iniettabile del 1957, viene somministrato dal 1961 in gocce con lo zuccherino fino al 2002, quando diviene obbligatorio il vaccino inattivato IPV tipo Salk. Dal 1961 è disponibile il vaccino antipertosse, dal 1968 è obbligatorio il vaccino antitetanico, mentre nel 1976 viene introdotto il vaccino contro il morbillo.

In quegli anni '50 ricordo che a San Gregorio le vaccinazioni si eseguono all'asilo, dove mio papà viene aiutato dalle Suore improvvisate infermiere, particolarmente preziose nel saper gestire la scarificazione nella cute del braccio dei bambini nell'antivaiose oppure l'iniezione intramuscolare di altri vaccini, motivo di grida ed urla contagiose ed immotivate.

L'influenza si chiama "spagnola" del 1918, il suo nome è "asiatica" nel 1956, "Hong-Kong" nel 1968, "russa" nel 1976. Milioni di morti in tutto il mondo. Ricordo che in quell'anno il papà riceve anche quaranta richieste di visite domiciliari al giorno! Per fortuna, anno dopo anno, si diffonde la vaccinazione antinfluenzale e questo intervento, prima di competenza del medico condotto, viene eseguito poi dal medico di famiglia, con controllo della malattia: nei miei ultimi anni di professione ricordo di aver vaccinato, al



Fig. 4

termine di ogni campagna vaccinale, fino all'83% circa delle persone ultrasessantacinquenni. E questi risultati sono stati ottenuti anche di molti miei colleghi.

Nel 2020 la comparsa del virus Covid-19 coglie il mondo impreparato, ma per fortuna ci pensa anche qui il vaccino, allestito in un anno dall'esplosione della pandemia ed iniettato alla popolazione con efficaci campagne vaccinali da parte dei servizi sanitari, a scongiurare in Italia e nel mondo milioni di morti.

L'art. 33 scrive di eseguire gratuitamente il servizio antimalarico e le visite per mondarisi. Queste ragazze, le mondine, per essere assunte per la raccolta del riso in Piemonte necessitano di visita per la certificazione di idoneità al lavoro da parte del medico condotto, e la sala d'aspetto è occupata da loro; è un mondo per fortuna scomparso, di giovani costrette a lavorare nelle risaie, piedi e gambe in acqua, schiena curva, vittime di padroni disumani privi di qualsiasi scrupolo (fig.5).

Ancora, il medico deve eseguire gratuitamente le constatazioni di morte



Fig. 5

con la scheda statistica ISTAT e le successive certificazioni dopo visita necroscopica.

Altri specifici doveri sono: visitare e curare gli esposti, vigilare sul baliatico mercenario e sugli affetti di malattie celtiche. *Figure di un tempo passato, parole comprese oggi dai più giovani solo dopo consultazione del vocabolario.*

Deve infine curare la profilassi anti-tubercolare, impedire la diffusione di malattie infettive con l'isolamento dell'infermo e delle persone che assistono, informando l'Ufficiale Sanitario. *Negli anni 70 del secolo scorso gli vengono affidate anche le visite di medicina scolastica e del lavoro.*

I compiti dell'ufficiale sanitario

Le predette leggi del 1888 e del 1934 introducono anche la funzione dell'ufficiale sanitario, figura fondamentale della medicina del territorio, in una con quella del medico condotto, e i due incarichi corrono paralleli fino all'istituzione nel 1978 della legge 833 della Riforma sanitaria.

Il D.P.R. 11 febbraio 1961 precisa che l'ufficiale sanitario, nell'esercizio delle proprie funzioni dipende direttamente dal medico provinciale, a sua volta organo periferico del Ministero della sanità. Ed è soprattutto nei piccoli comuni che al medico condotto sono affidate, con decreto prefettizio, anche le funzioni di ufficiale sanitario, con l'indennità di L. 30.000 mensili. I suoi compiti prevedono l'adozione di provvedimenti in materia di sanità pubblica, l'osservanza dei regolamenti sanitari e l'assistenza agli organi comunali per i provvedimenti sanitari di competenza, dall'approvazione delle licenze edilizie alle normative di polizia mortuaria. Egli riceve le denunce di malattie infettive e registra i titoli di abilitazione all'esercizio delle professioni sanitarie. Gli competono infine le certificazioni per patente di guida e di porto d'armi.

Il medico condotto nella sua funzione di ufficiale sanitario assume così nei confronti dei propri pazienti anche il compito di medico legale, funzione che talora può nuocere al rapporto fiduciario nel caso venga negata dal sanitario, per esempio, una certificazione per patente di guida ad un proprio paziente perché non ne ha i requisiti. Gli stessi conflitti possono nascere con il sindaco e gli ammini-

stratori comunali; egli è infatti in ogni modo un dipendente, magari costretto a non concedere licenze edilizie o permessi contrari alla legge, per la cui approvazione magari i politici si erano impegnati con promesse.

Dal medico condotto al SSN al medico di medicina generale all'I.A.

I tempi cambiano e, anno dopo anno, nel dopoguerra del secolo scorso, i nuovi enti previdenziali (Inam, Inadel, Enpas, casse mutue di commercianti ed artigiani) vanno ad assicurare un'assistenza sanitaria diretta od indiretta, cosicché il condotto diviene nel contempo "medico della mutua", con un numero di assistiti anche elevato. In più, spesso, va a dedicarsi all'odontoiatria, con la sedia del dentista nello studio medico.

Inoltre i medici condotti si organizzano autonomamente per garantire a turno un servizio di guardia medica festiva e notturna per gli assistiti dalle mutue. come succede nel Colognese nella seconda metà degli anni '70. Con le migliorate condizioni socio-economiche, l'"elenco dei poveri" si assottiglia sempre più, e con ciò diviene anacronistico il "Regolamento comunale dei medici condotti" di dover assicurare a queste persone la continuità assistenziale per 24 ore. Nel 1978 si vara la Legge 833 della Riforma Sanitaria, che impone a questo medico dipendente del comune il trasferimento alla nuova Unità Sanitaria locale, all'interno del neonato Settore Igiene Pubblica, che riassume i doveri professionali dei condotti e degli ufficiali sanitari. L'alternativa è optare per la libera professione come medici di medicina generale, verso cui quasi tutti si indirizzano. La libertà non ha prezzo.

E così, negli anni '80 del secolo scorso, il medico di medicina generale diviene il continuum di quel medico condotto, con la medesima naturale apertura e disponibilità nei confronti del prossimo, doti apprezzate dai pazienti, nel mentre assicura sempre la visita a casa e l'assistenza domiciliare agli anziani fragili. E "medico di famiglia" è il titolo che gli appare più consono.

Sono passati più di 40 anni da allora, quei colleghi sono tutti in pensione, e più d'uno nel 2021-22 perde la propria vita nel dedicarsi senza risparmio ai propri pazienti durante l'epidemia

di Covid-19, come il collega Graziano Ghirelli. Il dramma sociale e sanitario seguito a questa malattia infettiva modifica profondamente il rapporto medico-paziente, e nello studio del sanitario di oggi spesso lo schermo del computer non è più la videata che riassume la situazione clinica della persona che ha di fronte, ma rischia di diventare una barriera fisica, una difesa; la semeiotica del medico sembra non essere più "ascolta ed auscolta", sostituita da Sms, WhatsApp, e-mail. In più può affidarsi all'I.A., che ha il vantaggio di operare scelte su modelli matematici e probabilità statistiche, e consente quindi diagnosi corrette e rapide. L'aspetto positivo è che tutte queste tecnologie possono offrire nuove opportunità, perché il maggior tempo disponibile da parte del medico può essere occupato in una più fruttuosa e libera relazione di cura, con un'anamnesi e una visita accurata; ciò può consentire una più facile comprensione di sofferenze, dolore, speranze ed emozioni che il proprio paziente gli trasmette. Gli algoritmi dell'I.A. non possono sostituirsi infatti in questo rapporto, non hanno sentimenti né sensibilità.

I nuovi tempi sono altro dal passato, ma il messaggio della storia del medico condotto non deve andare smarrito: è un tesoro da tramandare al giovane medico, si chiama aver cura degli altri, ascoltare, volere bene, si chiama visita a casa delle persone fragili. È la grande ricchezza che questa professione porta con sé, anche ai tempi dell'I.A.

GIUSEPPE CALZAVARA

Bibliografia

- "Regolamento generale per i medici condotti", Casa editrice Apollonio & C, 1949
- Enzo Vergnano: "La condotta medica ieri e domani", Il medico condotto 1977,18-20
- Gianni Sparparan: "Il medico condotto, on omo vestio da festa", Il filo
- Tito Pignedoli: "C'era una volta...il medico condotto", Medicinae doctor, anno IV° n.8, 17 marzo 1997
- Orazio Michele Codella: "Etica e formazione medica: come cambia la professione medica con le nuove I.A.", Verona Medica 12-2024,13-16

MASADA: TRA STORIA, MITO E VERITÀ NASCOSTA

QUANDO IL RACCONTO SUPERA I FATTI

Introduzione

Masada non è solo una fortezza. È un simbolo, un racconto, un luogo in cui la storia si è intrecciata con l'identità e con la memoria collettiva. Arroccata su un altopiano roccioso che domina il Mar Morto,

Masada rappresenta per molti l'ultimo baluardo della libertà contro l'oppressione. Ma dietro questa immagine potente si nasconde una domanda essenziale: quanto di ciò che sappiamo appartiene ai fatti, e quanto invece alla costruzione del mito?

La fortezza di Erode: lusso, strategia e paura

Masada fu trasformata da Erode il Grande nel I secolo a.C. in una fortezza-palazzo di eccezionale sofisticazione. Non era una semplice struttura difensiva: era un rifugio pensato per resistere ad assedi lunghi e a crisi politiche improvvise. Vi erano grandi magazzini per le provviste, un sistema idrico impressionante con cisterne scavate nella roccia, ambienti di rappresentanza, affreschi, mosaici e persino terme in stile romano. In mezzo al deserto, Masada univa lusso e paranoia: la magnificenza del potere e, allo stesso tempo, la paura della caduta.

L'assedio romano

Durante la prima guerra giudaica contro Roma, un gruppo di ribelli ebrei, identificati dalle fonti come Sicarii, si rifugiò nella fortezza. L'assedio finale, attribuito al governatore romano Lucio Flavio Silva, resta uno degli esempi più spettacolari di ingegneria militare dell'antichità. Ancora oggi sono ben visibili gli accampamenti romani, il muro di circonvallazione e soprattutto la grande rampa d'assedio, costruita per raggiungere la sommità dell'altopiano. La sola vista di queste

strutture basta a ricordare la capacità organizzativa di Roma e la determinazione con cui l'impero schiacciava ogni ultimo focolaio di resistenza.

Il racconto di Flavio Giuseppe

La narrazione celebre di Masada deriva quasi interamente da Flavio Giuseppe. Secondo il suo racconto, quando i Romani entrarono nella fortezza trovarono i difensori morti: circa 960 persone si sarebbero tolte la vita pur di non cadere prigionieri. Solo poche donne e alcuni bambini, nascosti, sarebbero sopravvissuti per riferire l'accaduto. È un finale perfetto, di una potenza teatrale straordinaria: eroismo, sacrificio, libertà scelta fino all'ultimo. Ed è proprio questa perfezione narrativa a rendere necessario uno sguardo critico.

Le prime grandi crepe

Il primo problema è che il racconto di Flavio Giuseppe costituisce, di fatto, la sola fonte dettagliata dell'episodio. Non disponiamo di una testimonianza indipendente che confermi il suicidio collettivo nei termini descritti. Inoltre Flavio Giuseppe non era presente a Masada: scriveva da uomo passato nell'orbita romana e la sua opera non è una cronaca neutra nel senso moderno del termine. I suoi scritti spesso combinano ricostruzione, interpretazione morale e drammatizzazione letteraria. Per questo motivo, pur essendo una fonte preziosissima, non possono essere letti in modo ingenuo.

Che cosa dice davvero l'archeologia

L'archeologia conferma senza difficoltà la realtà della fortezza e dell'assedio. Su questo non vi sono dubbi seri. Più problematica è invece la conferma del celebre suicidio di massa. I resti umani rinvenuti nel sito sono po-

chi e non bastano a provare la morte di centinaia di persone in una sola scena finale. Anche alcuni frammenti ceramici con nomi incisi, spesso interpretati come prova del famoso sorteggio finale, non consentono conclusioni definitive: potrebbero riferirsi ad attività amministrative o a usi del tutto diversi. In altre parole, l'archeologia convalida la cornice storica, ma non certifica il racconto drammatico nella sua forma tradizionale.

Curiosità e particolari che cambiano prospettiva

Uno degli aspetti più interessanti di Masada è proprio ciò che contraddice l'immagine di un luogo ridotto alla disperazione assoluta. Sono stati trovati resti di cibo ben conservato, semi, datteri, vino importato e altre tracce di una logistica ancora efficiente. Questo non significa che la situazione fosse facile, ma suggerisce che gli occupanti non fossero necessariamente arrivati a uno stadio di collasso materiale. Le terme, i magazzini e le riserve d'acqua ricordano inoltre che Masada era stata progettata per resistere a lungo. Anche il nome stesso dei Sicarii merita attenzione: deriva dalla sica, un piccolo pugnale, e richiama un tipo di lotta radicale e clandestina. Questi dettagli restituiscono un quadro più complesso e meno romantico.

Dal luogo storico al mito nazionale

Nel XX secolo Masada ha assunto un valore che supera largamente l'antichità. In Israele è stata trasformata in un potente simbolo nazionale, spesso associato all'idea di resistenza estrema e di rifiuto della sottomissione. Il celebre motto secondo cui "Masada non cadrà mai più" mostra perfettamente questo passaggio: da episodio storico a mito civile e politico. È qui che la vicenda diventa ancora più

interessante. I miti moderni non nascono dal nulla: prendono un nucleo reale e lo semplificano, lo purificano, gli danno un valore esemplare.

Una verità più complessa

Molti studiosi contemporanei ritengono quindi più prudente parlare di una fine drammatica, ma non necessariamente identica alla versione classica. Potrebbero esserci stati suicidi parziali, uccisioni interne, tentativi di fuga, catture o una combinazione di eventi. Non è impossibile che Flavio

Giuseppe abbia amplificato e nobilitato il finale per conferirgli una grandezza morale e politica. Questa ipotesi non demolisce Masada; al contrario, la rende più vera, più umana e storicamente più credibile.

Conclusione

Masada non è una falsità. È un caso esemplare di come la storia possa trasformarsi in memoria, la memoria in simbolo e il simbolo in identità. Il sito è reale, l'assedio è reale, la tragedia finale è verosimile.

Ciò che resta aperto al dubbio è la forma precisa di quel finale e il modo in cui è stato raccontato. Ma forse proprio qui sta la sua forza più grande: Masada ci insegna che gli uomini non custodiscono solo i fatti; custodiscono anche il senso che attribuiscono ai fatti. E talvolta è proprio in quello spazio, tra verità e mito, che si costruiscono i racconti più duraturi della civiltà.

DOTT. SHAHINE EDWARD



Da oltre vent'anni lavoriamo
a Verona e nel mondo
per garantire il diritto universale
alla salute senza discriminazioni.

Aiutaci ad aiutare!

Sostienici con il tuo 5x1000,
indicando nell'apposito spazio
il nostro codice fiscale:

93147060235



Medici per la Pace ODV | via G. Cotta 4, Verona | 045.8401310 | www.mediciperlapace.org

Un'iscrizione per due: via libera all'accordo SaluteMia-FondoSanità

Una pensione complementare per chi ha la sanità integrativa e viceversa. Da oggi gli iscritti di SaluteMia possono entrare gratuitamente a far parte di FondoSanità, e lo stesso vale anche nell'altro senso.

Grazie all'intesa tra i due organismi, gli iscritti al fondo di previdenza complementare dedicato agli esercenti le professioni sanitarie possono ora entrare a far parte della platea aderente alla mutua dei medici e degli odontoiatri senza pagare la quota di adesione e potranno stipulare una copertura 'critical illness' dedicata.

Allo stesso modo, i soci della mutua dei medici e degli odontoiatri possono adesso iscriversi a FondoSanità facendosi rimborsare il costo di adesione.

I VANTAGGI PER GLI ISCRITTI A FONDOSANITÀ

Grazie all'accordo, tutti gli iscritti a FondoSanità e i loro familiari sono diventati soci beneficiari di SaluteMia. Possono quindi acquistare, per 45 euro, la copertura annuale 'critical illness' messa a punto da SaluteMia. Questa assicura un supporto di 4mila euro in caso di patologie gravi, come neoplasie maligne, ictus, malattie cardiovascolari e insufficienza renale cronica severa.

La copertura, inoltre, può essere potenziata: pagando in totale 95 euro, il sussidio viene portato a 9mila euro, mentre al costo di 158 euro complessivi, la copertura viene elevata a 13mila 500 euro.

Tutti gli iscritti a FondoSanità, possono inoltre scegliere di aderire pienamente a SaluteMia come iscritti ordinari, per stipulare gli altri i piani sanitari offerti dalla mutua e potere includere i loro familiari.

I VANTAGGI PER GLI ISCRITTI A SALUTEMIA

L'accordo siglato prevede anche l'impegno di SaluteMia a rimborsare la quota di ingresso ai propri iscritti che vogliono aprire una posizione in FondoSanità.

IMPEGNO COMUNE

L'impegno comune tra SaluteMia e FondoSanità si concentrerà anche nel campo della comunicazione, attraverso l'organizzazione di momenti formativi sui temi di previdenza, welfare e sanità integrativa.

"Abbiamo unito le nostre forze per un obiettivo comune: garantire una sicurezza aggiuntiva alle categorie professionali che rappresentiamo, in termini di tutela di salute e stabilità previdenziale" commentano Gianfranco Prada e Stefano Mirengi, rispettivamente presidenti di SaluteMia e FondoSanità.

"A questo scopo – aggiungono i due presidenti – la sanità integrativa e la previdenza complementare permettono di offrire gli strumenti più efficaci a chi vuole consolidare la propria posizione socio-sanitaria e rafforzare la propria rendita pensionistica".

Maggiori informazioni sull'accordo, sulle nuove possibilità offerte da SaluteMia e FondoSanità e sulle modalità di iscrizione si possono consultare a questo link: <https://www.salutemia.net/accordo-salutemia-fondosanita/>

COS'È SALUTEMIA E COME ISCRIVERSI

SaluteMia è la Mutua dei medici e degli odontoiatri, alla quale adesso possono accedere anche gli iscritti a FondoSanità. Costituita in associazione di mutuo soccorso, senza scopo di lucro, è stata voluta da Enpam e dai sindacati di categoria.

I piani sanitari di SaluteMia permettono agli iscritti di costruire una copertura socio-sanitaria su misura e creare una rete di protezione per loro

stessi e per i loro familiari (anche non conviventi).

Gli iscritti a FondoSanità che vogliono aderire alla copertura 'critical illness' loro dedicata possono visitare la pagina dedicata del sito www.salutemia.net.

Gli iscritti a FondoSanità e tutti i medici e gli odontoiatri che vogliono aderire agli altri piani sanitari offerti da SaluteMia, possono invece farlo attraverso la seguente pagina: <https://www.salutemia.net/come-aderire/>

COS'È FONDOSANITÀ E COME ISCRIVERSI

FondoSanità è il fondo pensione complementare a capitalizzazione dedicato agli esercenti le professioni sanitarie.

Opera senza fini di lucro, con l'obiettivo di offrire agli aderenti prestazioni integrative rispetto alla pensione obbligatoria, attraverso la raccolta dei contributi, la gestione delle risorse nell'esclusivo interesse degli iscritti e l'erogazione delle prestazioni nel rispetto della normativa sulla previdenza complementare.

Aderire è semplice: è possibile effettuare l'iscrizione direttamente online dal sito del fondo, tramite il seguente link: <https://www.fondosanita.it/il-fondo/modalita%C3%A0-di-adesione-online>

ANTIOCO FOIS

Mutui Enpam 2026, 30 milioni per casa e studio

Trenta milioni di euro per aiutare medici e odontoiatri a costruire, fin da subito, il proprio futuro. L'Enpam riapre i rubinetti del credito e punta ancora una volta sui più giovani, quelli che più spesso restano ai margini del mercato bancario. Da oggi, 13 aprile, è online la procedura per accedere ai mutui 2026: finanziamenti destinati all'acquisto della prima casa o dello studio professionale, ma anche a ristrutturazioni, ampliamenti e sostituzioni di mutui già in essere.

La formula è quella ormai consolidata: domande esaminate in ordine di arrivo e tempi relativamente rapidi. Nel 2025, tra presentazione e firma davanti al notaio, sono bastati in media tre mesi, salvo intoppi legati a pratiche incomplete.

Il cuore dell'iniziativa resta però l'attenzione ai **giovani professionisti**. L'Enpam continua a modellare i requisiti per includere chi, all'inizio della carriera, fatica a ottenere credito dalle banche: under 40, specializzandi, medici di medicina generale in formazione, titolari di partita Iva forfettaria o con contratti a termine. Una platea

ampia, spesso penalizzata da redditi non ancora stabili ma con prospettive solide nel medio periodo.

“Con questa iniziativa – dichiara il presidente dell'Enpam, **Alberto Oliveti** – continuiamo a sostenere concretamente i nostri iscritti nei momenti più importanti della loro vita professionale e personale. Per molti giovani medici e odontoiatri si tratta di un'opportunità decisiva: consente di anticipare l'accesso alla casa o allo studio anche in una fase iniziale della carriera, quando i requisiti richiesti dal mercato del credito possono risultare più difficili da soddisfare. In questo modo si evita di rinviare progetti di vita e professionali, con la possibilità, nel tempo, di trasferire il mutuo sul mercato alle condizioni più favorevoli.”

Dal punto di vista economico, il mutuo prevede un **tasso fisso** per tutta la durata, costruito sul riferimento della Banca centrale europea (attualmente al 2,15%) a cui si aggiunge una maggiorazione dell'1,5%. Possono accedere ai finanziamenti gli iscritti da almeno un anno, in regola con i contributi e senza altri mutui attivi con la

Fondazione. Un aspetto rilevante è il riconoscimento dell'anzianità maturata già durante gli studi, che apre la porta anche agli **studenti** degli ultimi anni di medicina e odontoiatria.

Le domande dovranno essere presentate esclusivamente online, attraverso l'area riservata del sito Enpam, entro le ore 12 del 10 settembre 2026, fino a esaurimento delle risorse disponibili. L'esito sarà comunicato via mail entro 60 giorni lavorativi.

Per informazioni operative, documentazione e accesso alla procedura è possibile consultare la pagina dedicata.

GIUSEPPE CORDASCO

Enrico Peterle nuovo segretario della Fimmg Veneto

Cambio alla guida della Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG) del Veneto: Enrico Peterle, 40enne medico convenzionato con l'Ulss 3 Serenissima e titolare di un ambulatorio a Noale, è stato eletto nuovo segretario regionale. Succede a Giuseppe Palmisano che continuerà a ricoprire il ruolo di segretario FIMMG a Venezia. Peterle, attualmente consigliere FIMMG a Venezia, è stato segretario provinciale per il settore Continuità assistenziale, coordinatore regionale per la formazione e componente del Consiglio direttivo dell'Ordine dei medici di Venezia e di quello di Belluno, territorio di cui è originario. "Assumo questo incarico - dichiara - con senso di responsabilità e determinazione, in una fase decisiva per la medicina generale", una fase in cui "servono scelte rapide e coraggiose: la firma dell'Accordo integrativo regionale non è più rinviabile, così come una drastica riduzione della burocrazia che oggi sottrae tempo alla cura. Dobbiamo restituire centralità al medico di famiglia, rendendo il nostro lavoro sostenibile e nuovamente attrattivo per le giovani generazioni. Chiarezza e linearità guideranno ogni azione: dare ai colleghi prospettive concrete e ai cittadini percorsi di cura semplici, riconoscibili ed efficaci". Tra le priorità del nuovo mandato, dunque, l'avvio immediato del confronto per un nuovo accordo integrativo regionale. Parallelamente, la FIMMG del Veneto punta a rafforzare gli investimenti e a una semplificazione amministrativa: risorse dedicate, potenziamento del personale di supporto negli studi e riduzione degli adempimenti burocratici sono passaggi fondamentali per consentire ai medici di dedicare più tempo ai pazienti.

Tra i primi impegni di Peterle, anche il confronto istituzionale con il nuovo direttore generale alla Sanità del Veneto, Giancarlo Ruscitti: "A lui - dice - rivolgo

le mie congratulazioni per la nomina. Sarà prioritario incontrarlo al più presto per avviare un dialogo concreto sui progetti in campo e sul futuro della medicina territoriale". Completano il nuovo esecutivo della Fimmg del Veneto: la vicesegretaria vicaria Mariateresa Gallea, 39 anni, attuale vicesegretaria a Padova, la vicesegretaria organizzativa Ilaria Barcati, 54 anni, attuale segretaria a Treviso, e il vicesegretario amministrativo Pietro Benini, 37 anni, consigliere provinciale a Verona. Complimenti e auguri di buon lavoro a Peterle, "un giovane medico alla guida della maggior organizzazione della medicina territoriale", arrivano da Alberto Stefani, presidente della Regione. "Il dottor Peterle rappresenta una nuova generazione di professionisti, di cui il nostro territorio ha un grande bisogno. Sappia che la Regione è pronta, come sempre, a collaborare con tutte le organizzazioni delle professioni sanitarie nell'esclusivo interesse delle persone assistite", assicura Stefani. "Lo sviluppo e la valorizzazione della sanità territoriale - aggiunge - fanno parte delle priorità della Giunta da me presieduta, che ho indicato sin dal mio discorso d'insediamento. Sono certo che sarà possibile perseguire assieme, con sincero spirito di squadra, i tanti obiettivi delle future politiche sanitarie regionali".

"Complimenti e buon lavoro a Enrico Peterle, un giovane medico posto alla guida della maggior organizzazione della medicina territoriale come la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale del Veneto. Il dottor Peterle rappresenta una nuova generazione di professionisti, di cui il nostro territorio ha un grande bisogno. Sappia che la Regione è pronta, come sempre, a collaborare con tutte le organizzazioni delle professioni sanitarie nell'esclusivo interesse delle persone assistite". Con queste parole, il presidente della Regione Veneto, Alberto Stefani, ac-

coglie la nomina del nuovo segretario veneto della Fimmg. "Lo sviluppo e la valorizzazione della sanità territoriale - aggiunge Stefani - fanno parte delle priorità della Giunta da me presieduta, che ho indicato sin dal mio discorso d'insediamento. Sono certo che sarà possibile perseguire assieme, con sincero spirito di squadra, i tanti obiettivi delle future politiche sanitarie regionali".

ESITI ELEZIONI ASSEMBLEE DI DISTRETTO

Si sono concluse le Assemblee elettive di Distretto di Fimmg Verona.,
Questi i risultati:

ELETTI:

Distretto 1

Fiduciario: **Andrea Braga**
Consiglieri: **Martino Biasioli, Patrizia Casagrande, Giulia Colletta e Mattia Foletto**

Distretto 2

Fiduciario: **Lorenzo Rizzotto**
Consigliere: **Alessandra Madera**

Distretto 3

Fiduciario: **Efrem Ferro**
Consigliere: **Stefano Bortoletti**

Distretto 4

Fiduciario: **Mara Cabriolu**
Consiglieri: **Biancastella Morandini e Edoardo Bruno Vicenzi**

Pazienti "fantasma".

SALVATORE (FIMMG VERONA): «NON È CORRETTO PROCEDERE SENZA UN ACCORDO, QUALCHE MEDICO PAGHERÀ FINO A 6MILA EURO»

Per qualcuno potrebbe trattarsi di una stangata. In Veneto si apre una nuova vertenza per i medici di famiglia, costretti a restituire alle Usl di appartenenza la retribuzione percepita per i pazienti che, a partire dal 2016, non sono più loro assistiti, perché irreperibili o trasferiti in altri Comuni, province o Regioni, oppure all'estero. A ricostruire la vicenda è il "Corriere Veneto".

La questione è emersa a febbraio, quando ha preso il via l'allineamento tra l'Anagrafe unica regionale e l'Anagrafe nazionale assistiti, che attraverso controlli incrociati ha evidenziato migliaia di posizioni irregolari in tutta Italia.

«Nel Veneto le verifiche sono partite dalle Usl di Belluno, Verona e Padova - spiega Claudio Salvatore, segretario della Fimmg Verona, al "Corriere Veneto" - solo nella provincia scaligera noi 550 medici convenzionati dobbiamo restituire 550mila euro. Nel resto del Veneto i conteggi sono in atto. Ma secondo una nostra prima simulazione, che calcola un esborso medio di mille euro a professionista moltiplicato per 2770 dottori di famiglia operativi in tutta la regione, si arriva a 2 milioni e 770mila euro. Si va dalle poche centinaia di euro in carico ai colleghi più giovani fino ai 5000-6000 euro che dovranno pagare quelli con la maggiore anzianità di servizio. E poi c'è l'esborso esteso ai pensionati e al

momento non quantificabile, perché passa attraverso le ingiunzioni».

Per i medici ancora in attività la quota da restituire viene prelevata direttamente dalla busta paga, dallo scorso dicembre fino a maggio. «A me hanno decurtato duemila euro - rivela Claudio Salvatore - a una mia collega 2.500. Non è corretto agire senza un accordo, ma le Usl ci hanno risposto che le nostre retribuzioni sono gestite da una cooperativa esterna e quindi non è possibile avviare una contrattazione, nemmeno sulla possibile rateizzazione. Siamo le uniche vittime che pagano».

La domanda che molti si pongono è perché i medici non cancellino automaticamente, man mano, gli assistiti che cambiano residenza. «Ormai siamo tutti massimalisti (media di 1.526 assistiti per medico, ma tanti arrivano a 1800, ndr) e quindi è molto difficile controllare una platea così ampia - replica il segretario di Fimmg Verona - soprattutto perché la maggioranza non si fa mai vedere. E poi per legge noi non possiamo andare al Distretto a cancellare il nome di uno di loro, a meno che non lo rusciamo. Ma ci vogliono ragioni molto serie, non si possono ruscare per esempio 15 pazienti in una volta».

Dal lato degli utenti, invece, molti pensano che la cancellazione del vecchio medico e l'iscrizione all'anagrafe del nuovo debba essere automatica

quando ci si trasferisce. «E invece non è così - spiega Antonio Broggio, segretario di Fimmg Padova - anche perché, ed è la causa del problema, non c'è comunicazione tra le Anagrafi comunali e quella regionale e ci vanno di mezzo le Usl. Aggiungo che mentre in Veneto quando ci arriva un nuovo paziente gli chiediamo di esibire la disdetta del vecchio dottore, in tante altre zone d'Italia ciò non avviene e quindi l'utente mantiene due professionisti, ognuno dei quali pagato dalla propria Regione per lo stesso assistito. Nello statino relativo allo stipendio di marzo l'Usl Euganea comunicherà a ciascuno di noi il numero di pazienti trasferiti o irreperibili e relativi conteggi e recuperi - aggiunge Broggio - ogni medico saprà quanto gli sarà prelevato dallo stipendio, comunque non superiore al 20% del compenso lordo».

La vicenda ha attirato l'attenzione anche della Corte dei Conti, che punta a riportare nelle casse pubbliche i contributi versati «impropriamente». «Ma la vera beffa, oltre al danno, è che noi quei soldi li avremmo presi lo stesso - chiude Antonio Broggio - perché se fossimo stati consapevoli dei posti rimasti liberi li avremmo subito occupati con altri pazienti, vista la carenza ormai cronica di medici di famiglia». Sull'argomento si veda quanto scrive Roberto Mora nell'articolo di pg. 39.

Sanità e Sociale in Veneto

DI FRANCO TONOLO - UBALDO SCARDELLATO

Con i fondamentali riferimenti normativi nazionali e una prefazione di Rosy Bindi in virtù della riconosciuta qualità del suo sistema socio sanitario, dal 1981 per quasi trent'anni il Veneto ha svolto una funzione di coordinamento in seno alla Conferenza Stato-Regioni, tanto che il cosiddetto "modello veneto" è stato a lungo un punto di riferimento per l'integrazione fra sanità e sociale nell'evoluzione della relativa normativa nazionale. Ma negli ultimi quindici anni la situazione è cambiata: la Regione ha perso il suo ruolo di primo piano e l'esemplarità del suo sistema è andata sfumando; come si è arrivati a questo punto? Il saggio ripercorre le tappe principali dell'evoluzione del Servizio Sanitario nazionale, oggi in evidente involuzione, alla ricerca delle ragioni del declino (anche e soprattutto regionale), a partire dalla crisi finanziaria del 2008. Leggi, decreti e delibere sono illustrati e commentati puntualmente nella loro formulazione e applicazione specifica, con particolare riferimento alla programmazione regionale (i cosiddetti "Piani socio sanitari"), alla Riforma del Servizio sanitario del Veneto e alla costituzione degli Ambiti territoriali sociali, anche in considerazione del loro impatto sulle politiche socio sanitarie locali. Franco Toniolo. È stato Direttore Generale Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto, Coordinatore tecnico per la Sanità della Conferenza delle Regioni e Presidente dell'Agenas, Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali. È Presidente di APS Ve.R.So., Veneto Ricerca Sociale. Ubaldo Scardellato. È stato Direttore di Distretto in Azienda ULSS in Veneto, Direttore socio sanitario di Aziende ULSS in Veneto. È consigliere di APS Ve.R.So., Veneto Ricerca Sociale.



