

# VERONA MEDICA

**Trimestrale di informazione medica**

In questo numero:

**Rapporto sulla Sorveglianza  
dei vaccini anti-COVID-19 ..... pag. 15**

**Telemedicina e riduzione dei tempi di attesa ..... pag. 26**

**In ricordo di Gianfranco Pistolesi ..... pag. 39**

**Costruire la pensione con ricongiunzione,  
cumulo o totalizzazione ..... pag. 54**

## VERONA MEDICA

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

Anno LVIII n. 1 MARZO 2023

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](http://www.omceovr.it)

**Direttore Responsabile**  
Roberto Mora

**Comitato di Redazione**  
Francesco Bovolin, Roberto Mora,  
Franco Del Zotti, Marco Caminati, Giulio Rigon

**Consiglio Direttivo**  
Presidente: Carlo Rugiu  
Vice-Presidente: Lucio Cordioli  
Segretario: Anna Tomezzoli  
Tesoriere: Caterina Pastori

**Consiglieri**  
Giorgio Accordini, Sandro Bellamoli, Franco Bertaso,  
Elena Boscagin, Giorgio Carrara, Amedeo Elio, Fabio Facincani,  
Letizia Formentini, Alfredo Guglielmi, Federico Gobbi,  
Umberto Luciano, Anna Maria Musso, Francesco Orcalli

**Revisori dei Conti**  
Vania Teresa Braga, Pasquale Cirillo

**Revisore dei Conti Supplente**  
Marco Barbetta

**Commissione Odontoiatri**  
Elena Boscagin, Francesco Bovolin, Umberto Luciano,  
Roberto Pace, Franco Zattoni

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

**Foto di Copertina**  
Mercatino di San Zeno (VR)  
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** *Si può dare di più*

## NOTIZIE DALL'ORDINE

**7** *Verbalì del Consiglio e delle Commissioni*

## ALBO ODONTOIATRI

**10** *Verbalì della Commissione Odontoiatri*

## LETTERE

**12** *Zaia-Crisanti-Tamponi: No, non è il caso Galilei*

**13** *Il Medico di Famiglia: dall'Olivetti lettera 32 al computer e all'intelligenza artificiale in medicina*

## AGGIORNAMENTO

**15** *Rapporto sulla Sorveglianza dei vaccini anti-COVID-19*

**26** *Telemedicina e riduzione dei tempi di attesa*

## PROFESSIONE E LEGGE

**32** *Termini di invio dei dati delle spese sanitarie al Sistema TS*

**32** *ECM, più tempo per mettersi in regola*

**33** *TAR Lazio - No ai pediatri stranieri con corsi di pochi mesi*

**34** *Esoneri contributivi per l'assunzione di determinate categorie di soggetti*

## ATTUALITÀ

**35** *Sanità privata accreditata: il caos nei contratti di lavoro*

**36** *In 1000 ogni anno...!*

**37** *Non è un SSN per giovani: un'analisi Cogeaps - Fnomceo conferma la fuga dalle specialità più a rischio*

**38** *Essere medico a Lampedusa: tra speranza, morte e ferite invisibili*

**39** *In ricordo di Gianfranco Pistolesi*

## STORIA DELLA MEDICINA

**41** *LEONARDO TARGA, medico, filologo, archeologo, numismatico e rinomato editore di Celso*

**47** *Le bevande di Casanova*

## FOMCeO

**49** *Anelli, problema carenza sanitari legato a poca attrattività SSN*

**50** *Investire nel Servizio sanitario nazionale: Anelli (Fnomceo) in audizione al Senato sul "Milleproroghe"*

## ENPAM

**52** *Che anno sarà il 2023 per l'Enpam?*

**54** *Costruire la pensione con ricongiunzione, cumulo o totalizzazione*

**56** *Enpam: pronti ad attuare norma per medici convenzionati fino a 72 anni*

**57** *L'Enpam rivaluta anche le pensioni, ma bisogna aspettare il via libera dei Ministeri*

**58** *Bonus anche per specializzandi e chi non ha la partita Iva, c'è il decreto*

**58** *Quota A sino a otto rate*

## LIBRI RICEVUTI

**59** *CURA e RECIPROCIÀ - Recensione a cura di Giovanni Bonadonna*

## ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VR NUOVO ORARIO DI APERTURA DELLA SEGRETERIA DELL'ORDINE (dal 7 MARZO 2018)

|                |                           |                       |
|----------------|---------------------------|-----------------------|
| Lunedì         | dalle ore 9,00            | alle ore 13,00        |
| <b>Martedì</b> | <b>dalle ore 13,00</b>    | <b>alle ore 17,00</b> |
| Mercoledì      | CONTINUATO dalle ore 9,00 | alle ore 17,00        |
| <b>Giovedì</b> | <b>dalle ore 13,00</b>    | <b>alle ore 17,00</b> |
| 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.

## Si può dare di più

La Sanità italiana del terzo millennio è stata caratterizzata da un denominatore comune, costituito dalla carenza di stanziamenti associata negli anni a tagli ai finanziamenti per la spesa sanitaria.

A partire dal blocco del turnover delle assunzioni nella Sanità pubblica (Berlusconi, 2003) tutti i governi che si sono succeduti (Prodi, Monti, Letta, Renzi, Gentiloni, Conte, Draghi e infine Meloni) hanno contribuito ad una continua e progressiva erosione del sistema, con un definanziamento che nel decennio 2010-19 ha sfiorato i 37 miliardi di euro. Nel triennio 2019-22 i finanziamenti sono aumentati, ma sono stati del tutto assorbiti dalle spese destinate a fare fronte alla pandemia da Covid 19.

Il finanziamento del SSN in Italia è prossimo al 6.5% del PIL, un valore di gran lunga inferiore a quello che sarebbe necessario e ben distante dalla media europea. Proprio alla fine di febbraio, pochi giorni fa, nel suo ultimo dossier "Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience", l'OCSE propone, per trovarsi pronti di fronte ad una nuova pandemia, un investimento annuo supplementare di almeno l'1.4% del PIL, di cui almeno la metà destinata al personale sanitario.

Con questo surplus di investimenti, la media europea supererebbe il 10% del PIL: per l'Italia questo si tradurrebbe in un investimento aggiuntivo pari a 25 miliardi di euro. Un chiaro messaggio al nostro Paese di cercare di invertire la tendenza ai tagli alla Sanità in atto da oltre un decennio e che l'attuale governo ha già deciso di perpetuare in futuro, avendo programmato un investimento pari al 6.3% nel 2024 (un valore inferiore a quelli pre pandemia) e un'ulteriore riduzione di un decimo di punto in rapporto al PIL nel 2025. D'altronde, questa pochezza di risorse

economiche destinate alla Sanità è confermato dalla spesa sanitaria pro capite, che in Italia è pari a 3750 USD/anno, poco più della metà di quanto stanziava la Germania per ogni cittadino.

A tutto ciò si aggiunga che l'Italia è diventato il quinto Paese al mondo per aspettativa di vita, con un'età media significativamente superiore a quella degli altri Paesi europei. Tuttavia, a fronte di una più alta aspettativa di vita, si associa una situazione di "precoce" invecchiamento della popolazione, che vive la settima decade di vita ed oltre affetta da varie patologie croniche. È stato calcolato che oltre il 50% della popolazione anziana soffre di tre patologie croniche, quindi una popolazione che necessita di un crescente impegno assistenziale sotto il profilo sociale, demografico e assistenziale.

Quale è stato l'atteggiamento dei nostri Governi di fronte ad una popolazione sempre più vecchia e affetta da multiple patologie croniche e invalidanti?

Oltre al progressivo definanziamento e al blocco del turnover nelle assunzioni negli ospedali, negli ultimi 20 anni sono stati tagliati 60.000 posti letto e chiusi 260 ospedali pubblici.

È verosimile che una parte di questi ospedali fossero obsoleti e non raggiungessero volumi di attività tali da garantire accettabili standard di sicurezza, ma sul taglio dei posti letto riteniamo siano state fatte considerazioni prevalentemente di carattere economico, delle quali ora ci troviamo ad affrontare le conseguenze nell'assistenza degli anziani affetti da varie patologie croniche. In caso di ricovero ospedaliero, al termine di una degenza in un reparto per acuti, spesso i degenti "fragili" non possono essere dimessi per fare ritorno a casa. Infatti, stiamo soffrendo, in



Il Presidente OMCeO Carlo Rugiu

misura sempre maggiore della carenza di strutture intermedie, i famosi "ospedali di comunità" (previsti dal PNRR, per i quali peraltro non sono stati stanziati i fondi per assumere medici e infermieri che dovrebbero lavorare in queste strutture).

A questo riguardo, vorrei segnalare una recente indagine condotta da FADOI, la società scientifica di Medicina Interna, su 98 ospedali italiani, che ha sottolineato come nel 50% dei ricoveri la degenza dei pazienti ultrasettantenni si prolunghi di 7 giorni, causa l'assenza a domicilio di un familiare o di una badante, oppure perché non c'è possibilità di entrare in una RSA, oppure perché non ci sono strutture intermedie che lo possano accogliere o perché ci sono dei ritardi nella attivazione dell'ADI. È stato calcolato che l'allungamento della degenza - pari a 2.000.000 di giornate (a 712 euro al giorno) - si traduce in un costo per il nostro SSN di circa un miliardo e mezzo all'anno (una cifra consistente, che se venisse risparmiata, potrebbe essere indirizzata verso l'assistenza socio-territoriale); non va dimenticato, inoltre, che il protrarsi della degenza aumenta il rischio di infezioni nosocomiali con conseguente, potenziale, aumento della mortalità.

Tutti noi siamo consapevoli che l'ospedale non dovrebbe farsi carico anche di problematiche sociali e socio-assistenziali, le quali dovrebbero essere appannaggio dei Servizi So-

ciali. Purtroppo, anche qui abbiamo un problema di limitatezza di risorse impiegate (appena 0.42% del PIL), a fronte di una pioggia di miliardi erogati dall'INPS (25 miliardi per assegni di accompagnamento e/o di invalidità) ai quali si sommano 3,4 miliardi elargiti direttamente dai Comuni: un sistema diametralmente opposto rispetto a quello adottato nei Paesi del Nord Europa, dove vengono privilegiati gli investimenti nei servizi di assistenza alla persona.

I colleghi del FADOI, infine, avanzano legittimi dubbi sulla gestione prevista per le Case di Comunità, nelle quali la presa in carico del malato verrebbe affidata prevalentemente al personale infermieristico, con una riduzione della presenza del numero dei medici ed una "diminutio" del loro ruolo. È vero che i degenti nelle strutture intermedie dovrebbero avere necessità di un basso livello di intensità di cura, ma si tratta pur sempre di pazienti anziani o grandi anziani, fragili, che nella struttura intermedia devono proseguire il percorso di stabilizzazione clinica e/o di riabilitazione che permetta loro di affrontare in sicurezza il ritorno a domicilio o in una RSA.

Come si è mosso finora il governo Meloni, che ha ereditato una situazione pesantissima dai suoi predecessori? Il Consiglio dei Ministri ha stanziato 2,1 miliardi per la Sanità per il 2023, quasi un miliardo e mezzo dei quali è destinato a coprire il caro energia ("pandemia energetica"); è evidente, che con un'inflazione prossima al 10%, restano "briciole" per il pianeta Sanità.

Risulta tuttavia evidente, anche alla luce del dossier OCSE (vedi sopra), che sarebbe necessaria una scelta strategica per il futuro del Paese, un'inversione di tendenza, in netta discontinuità con il passato, rappresentata da investimenti cospicui per mettere in sicurezza il SSN e garantire ai cittadini un corretto funzionamento del nostro servizio sanitario.

Di fronte alla gravissima carenza di personale e per cercare di frenare la fuga dai Pronto Soccorso, il ministro Schillaci ha sì fatto approvare incen-

tivi economici d'urgenza per il personale, che, però, non verranno erogati prima del 2024 (sic).

Anche per quest'anno la spesa sanitaria è destinata a calare, confermando la collocazione dell'Italia nettamente al di sotto della media europea, nonostante in quasi tutte le regioni sarà necessario programmare un aumento delle prestazioni per recuperare quelle non erogate durante la pandemia e per smaltire le liste di attesa: in Veneto ci sono da smaltire 150.000 prestazioni specialistiche, dopo che ne sono state recuperate l'83% di quelle accumulate a causa della pandemia. Appare evidente che sarà estremamente difficile poter offrire adeguati risposte alla cittadinanza, che tenderà, a rivolgersi alla sanità privata o a effettuare gli accertamenti in regime di solvenza (chi potrà permetterselo!). Dato confermato da quanto recentemente riferito da Agenas in Parlamento: la spesa sanitaria in libera professione intramoenia è in aumento in tutto il Paese; in Veneto è passata da 110 milioni nel 2021 a 113 milioni di euro nel 2023.

L'Italia è un Paese di anziani curati da medici coi capelli bianchi: infatti i medici italiani sono tra i più vecchi d'Europa. L'età media dei sanitari negli ospedali pubblici supera i 50 anni, quella dei MMG si avvicina ai 60 anni. In questa situazione si inseriscono le conseguenze di una programmazione sbagliata nei decenni precedenti, in termini di formazione di medici, le cui conseguenze sono oggi sotto gli occhi di tutti. Come è noto, il numero chiuso a Medicina è stato tenuto effettivamente bloccato per troppi anni, senza fare i conti con quello che Ordini e Sindacati andavano dicendo da tempo: che la pleora medica degli anni '80 si sarebbe tradotta in una gobba pensionistica dopo il 2018, che avrebbe svuotato ospedali e ambulatori pubblici di professionisti che avevano maturato i requisiti per la pensione.

Da alcuni anni, invece, l'accesso delle matricole alla facoltà di Medicina è progressivamente aumentato, in base ad una programmazione che

ha effettivamente tenuto conto della necessità di un maggior numero di neolaureati,

Anche sulla formazione specialistica, purtroppo, la programmazione non ha tenuto conto del numero di neolaureati che uscivano dagli Atenei, tenendo bloccato il numero di borse di studio per anni, contribuendo così a formare un esercito di diecimila camici "grigi" che ha trovato una tardiva e spesso inadeguata collocazione nel mondo del lavoro.

Ora l'accesso alle scuole di specialità è cambiato, anche perché il numero di borse bandite dal ministero è pressoché triplicato, essendo passato da 5600 (nel 2020) alle attuali 17.400.

Tuttavia, come ha recentemente riportato uno studio di ANAAO Assomed, vi sono delle nuove e importanti criticità nella formazione degli specialisti.

Infatti, di queste 17.400, i neolaureati ne lasciano inutilizzate mediamente il 20%, con punte più elevate, come nel Veneto, dove su 2757 borse bandite, 642 (pari al 23%) non vengono utilizzate: di queste 642 borse di studio, 457 non vengono assegnate per mancanza di candidati e 185 vengono abbandonate da specializzandi, che dopo il primo anno decidono di iscriversi alla scuola di Medicina Generale, oppure ritentare il concorso l'anno seguente presso un'altra Scuola o di svolgere l'attività senza specializzazione (percorso professionale favorito dalla pandemia, vedi "USCA").

L'abbandono di 1601 borse di studio all'anno in tutta Italia (ognuna costa allo Stato 25.000 euro) comporta una spesa "a perdere" di oltre 40 milioni di euro che, ovviamente, il Ministero dell'Istruzione e del Merito potrebbe investire più proficuamente.

Purtroppo, le branche che registrano le maggiori percentuali di abbandono sono proprio quelle - Patologia clinica e Biochimica clinica (70%), Microbiologia (78%), Medicina d'urgenza e emergenza (61%) - che maggiormente sono state in prima linea nella

lotta alla pandemia, rispetto alla totale fruizione di altre specializzazioni, quali, ad esempio, Chirurgia Plastica, Oftalmologia, Cardiologia, Otorinolaringoiatria, che offrono prospettive professionali più allettanti. Occorre un cambio di passo, un intervento deciso del Governo, che, attraverso retribuzioni e incentivi adeguati, restituisca a queste specialità pari onori rispetto a quelle che hanno più appeal per i neolaureati. L'assenza di una programmazione nell'accesso alle scuole di specializzazione rischia, altrimenti, di accentuare la desertificazione di alcune branche, al momento già in carenza di specialisti.

*“Non è un problema di medici, ma di medici specialisti ed è un problema che avrà ripercussioni inevitabili sul futuro di un sistema di cure sempre più in crisi”, concludeva il segretario ANAAO Assomed Pierino di Silverio, ad un recente congresso svoltosi a San Bonifacio sul futuro della Professione.*

*Sottolineava pochi giorni fa Daniela Minerva (“La Stampa”, 23 febbraio 2023) la necessità “che i Ministeri competenti calcolino esattamente quanti dottori servono nei diversi ambiti del servizio pubblico, e blindi l'accesso alle scuole di specializzazione solo e soltanto alle specialità*

*necessarie nel numero necessario” ...anche perché “se è la fiscalità generale a formare i medici, ciò dovrà essere a beneficio di tutti”.*

Nel suo discorso di fine anno, il presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, ha ricordato agli Italiani che il nostro Sistema Sanitario è “un presidio insostituibile”: ci auguriamo che il governo Meloni tenga presente questo monito del Capo dello Stato e lo faccia suo per il futuro, nell'interesse di tutti i concittadini, anche dei più deboli.

CARLO RUGIU  
PRESIDENTE OMCEO VERONA

## COMUNICATO AGLI ISCRITTI

Abbiamo attivato il **nuovo servizio** di **segreteria telefonica**

Quando telefonerete all'Ordine sentirete la voce del **RISPONDITORE AUTOMATICO**, che provvederà a smistare la chiamata secondo le esigenze di chi chiama.

### LE OPZIONI SARANNO:

- **PREMERE 1** PER PRATICHE ENPAM (SOLO IL LUNEDÌ E MERCOLEDÌ)
- **PREMERE 2** PER COMMISSIONE ODONTOIATRI E PROCEDIMENTI DISCIPLINARI
- **PREMERE 3** PER SEGRETERIA DELLA PRESIDENZA
- **PREMERE 4** PER PAGAMENTI, ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI
- **PREMERE 5** PER ECM

Senza nessun input digitato e rimanendo in linea la chiamata sarà dirottata al primo operatore disponibile.

Confidiamo di poterVi dare un servizio migliore

La segreteria dell'Ordine

# Verbali del Consiglio e delle Commissioni

## VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 16 NOVEMBRE 2022

**Convocazione ore 20.30  
Sala Consiglio**

**Presenti:** C. Rugiu, A. Tomezzoli, C. Pastori, L. Cordioli, F. Orcalli, G. Accordini, U. Luciano, F. Bertaso, G. Carrara, P. Cirillo, S. Bellamoli, A. Elio, F. Facincani, E. Boscagin, A. Musso, A. Guglielmi, R. Maffioli, D. Gobbi  
**Assenti:** L. Formentini, F. Gobbi, V. Braga, M. Barbetta.

**1) Lettura e approvazione del verbale relativo al precedente Consiglio del 19 Ottobre 2022.** I verbali vengono approvati all'unanimità.

### 2) COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

a) Ratifica delibera presidenziale n 1 del 02/11/2022 per cessazione della sospensione dall'esercizio della professione sanitaria dichiarata con delibera di consiglio/atto di accertamento di inadempimento dell'obbligo vaccinale emesso ai sensi dell'articolo 4 del Decreto Legge 1 aprile 2021. 44 convertito in legge n.76 del 28 Maggio 2021 e successive modifiche e integrazioni: il Presidente legge per esteso tutti i nomi di coloro a cui viene revocata la sospensione. La ratifica viene approvata all'unanimità.

**3)** La dott.ssa Pastori illustra la proposta di preventivo dell'Azienda Wireless Group Communications S.r.L.

del Comune di Sona Verona, per impianto internet e telefonia che riguarderà sia la sede principale di Via Locatelli 1 Verona, che la sala Fazzini in via Giberti 11 Verona: l'impianto tecnologicamente innovativo prevede una dotazione di antenna autonoma, nuovi apparecchi e assistenza tecnica di alto livello. I costi saranno di circa 5.234.00 euro comprensivi di IVA quota una tantum per configurazione routing, cloud, security e installazione iniziale, e di circa 1.200.00 euro comprensivo di IVA di canone mensile per linea Gen.Connect.  
Il Consiglio approva all'unanimità.

### 4) Iscrizioni e cancellazioni

#### ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

##### MEDICI - CHIRURGH

##### Prima iscrizione:

10111 Dott.ssa BASSO Valentina  
10136 Dott.ssa BERTOLINI Elena  
10112 Dott.ssa BUSSOLA Laura  
10113 Dott. CARETTO Francesco  
10114 Dott. CONT Riccardo  
10115 Dott.ssa FINETTO Silvia  
10116 Dott.ssa HENNIG Cornelia  
10117 Dott.ssa KASSEM Yasmin  
10118 Dott.ssa LEKEFOUET  
SOGBO NGUEGUIM Corinne  
10119 Dott.ssa LOVO Giada  
10137 Dott. MARINI Alex  
10120 Dott.ssa MIR  
FAKHRAEI Shahrzad  
10121 Dott.ssa OSELIN Martina  
10122 Dott.ssa ORTIZ JI-  
MENEZ Diana Carolina  
10123 Dott.ssa NDREU Dea  
10124 Dott. QEJVANAJ Eno  
10125 Dott. RIGHETTI Francesco  
10126 Dott. RONCA Mattia  
10127 Dott.ssa ROSSI-  
GNOLI Carlotta  
10128 Dott. SAPUPPO Marco  
10129 Dott.ssa SHEHU Manoralda  
10130 Dott. VIGNOLA Damiano  
10131 Dott.ssa WILL Karin

##### Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

10132 Dott.ssa ALVAREZ DE CELIS  
Maria Isabel da Omceo di Parma  
10133 Dott.ssa CARADONNA Maria  
da Omceo di Palermo  
10134 Dott. ROMAGNOSI federico da  
Omceo di Ferrara

10135 Dott.ssa TERLIZZI Samira da  
Omceo di Avellino

**Cancellazioni per decesso:**  
Dott.ssa ZOCATELLA Ilaria

**Cancellazioni su richiesta:**  
Dott. BOUCHE' Manlio

#### ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

##### ODONTOIATRI

**Cancellazioni su richiesta:**  
Dott.ssa MENTA Franca

**5) La Dott.ssa Boscagin** invita tutti a partecipare al corso di aggiornamento sull'antibiotico-resistenza organizzato in collaborazione con l'Università San Raffaele che si terrà il 17 dicembre in sala Fazzini (di cui si allega il programma)

## VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 14 DICEMBRE 2022

**Convocazione ore  
19.30 Sala Fazzini**

**Presenti:** C. Rugiu, A. Tomezzoli, L. Cordioli, C. Pastori, F. Orcalli, G. Accordini, E. Boscagin, U. Luciano, F. Bertaso, L. Formentini, R. Maffioli, M. Barbetta, D. Gobbi, P. Cirillo, S. Bellamoli, F. Facincani, A. Guglielmi.  
**Assenti:** V. Braga, A. Elio, A. Musso, F. Gobbi

**1) Lettura e approvazione del verbale della seduta precedente del 30 Novembre 2022**  
Verbale approvato all'unanimità

### 2) Comunicazioni del Presidente

- Il presidente precisa che rispetto al calendario degli incontri 2023 inviato, la riunione con i sindacati medici sarà il giorno 15 marzo
- Il presidente comunica che il giorno 13 dicembre il dott. Moretto è stato insignito del premio "L'Acero di Daphne, ODV "per il suo impegno nelle cure palliative
- Il presidente dott. Rugiu e il dott. Orcalli illustrano il documento pre-

sentato dalla Commissione Vet-tore sugli sviluppi della pandemia da Covid 19. Il documento (documento allegato al presente verbale) all'insegna del rispetto del codice deontologico e nel rispetto del metodo scientifico, viene approvato all'unanimità.

- d) Il presidente dott. Rugu e il dott. Orcalli illustrano il documento sulla telemedicina (documento allegato al presente verbale) presentato dalla Commissione Ospedale-territorio. Il documento redatto per informare, incentivare e sviluppare i servizi forniti dalla telemedicina viene approvato all'unanimità.
- e) Il dott. Orcalli dopo aver chiesto al tesoriere dott.ssa Pastori, chiede al Consiglio se fosse possibile con l'azienda Motus Animi valutare oltre ai corsi in asincrona e webinar anche i corsi in presenza, valutando il costo e l'evento volta per volta. Il Consiglio approva all'unanimità.
- f) Il presidente cede la parola alla segretaria dott.ssa Tomezzoli che illustra il regolamento per utilizzo della sala Fazzini. Dopo breve discussione vengo apposte alcune modifiche alla prima stesura. Il documento allegato al presente verbale viene approvato all'unanimità.
- g) Sempre la dott.ssa Tomezzoli illustra e porta all'approvazione del Consiglio il Piano Triennale Per La Transizione Digitale. Il documento allegato al presente verbale viene approvato all'unanimità.

### 3) Offerta preventivo nuovo sito internet alle nuove norme per la transizione digitale.

La tesoriere dott.ssa Pastori illustra il preventivo pervenuto dalla ditta Tecsis s.r.l.(esplicitamente richiesto a questa azienda dopo un lungo sondaggio presso altri Ordini d'Italia con il risultato dell'efficienza professionalità e formazione per la realizzazione dei siti Web per la Pubblica Amministrazione, l'importo consiste in una quota un tantum di 3464 euro + iva, di un canone annuale di 1370 euro + iva, che comprende un implemento delle funzionalità del sito, con le seguenti sezioni: organi istituzionali, contatti, deontologia e normativa, professione, tariffario, modulistica, formazione bacheca eventi, notizie, la newslet-

ter, collegamenti ai Social, speciale Covid-19, area trasparenza, servizi di assistenza aggiuntivi, le norme anticorruzione, tutti i nodi secondo lo schema ANAC, accessibilità per il sito della PA. Il documento viene approvato all'unanimità.

### 4) Iscrizioni e cancellazioni

#### MEDICI - CHIRURGI

##### Prima iscrizione:

Dott.ssa BELLOMI Gaia  
Dott.ssa CENCI Giorgia  
Dott.ssa DE LEO Maria Laura  
Dott.ssa GRAZIOLI Rossana  
Dott.ssa MARJIN Corina

##### Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:

Dott. CARDANO Giuseppe da Omceo di Bari  
Dott. STRAZIMIRI Endrit da OMCEO Roma

##### Cancellazioni per decesso:

Dott. MOHAMED Halane Hagi

##### Cancellazioni su richiesta:

Dott. ARMANI Domenico  
Dott. ARCOLINI Ivano  
Dott. BIASIOLI Andrea  
Dott.ssa BUZZACCHERA Giada  
Dott. HOUNGBEKE Yeholi Edem  
Dott.ssa MAZZONCINI Elisa

#### ODONTOIATRI

##### Prima iscrizione:

Dott.ssa VESENTINI Cecilia

##### Cancellazioni su richiesta:

Dott. ARMANI Domenico  
Dott. BOSCO Pasquale  
Dott. SPIJKERS Joseph Henricus

### 5) Dott.ssa Boscagin

La dott.ssa Boscagin informa il consiglio del successo del corso tenutosi in "Sala Fazzini" sabato 17 dicembre 2022 sulla "Farmaco resistenza" e comunica che ci sarà una seconda edizione.

### 6) Varie ed eventuali

Viene ricordato il webinar sulla Medicina di Genere il 28 gennaio 2023 sulla piattaforma Motus-Animi.

## VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 18 GENNAIO 2023

### Convocazione ore 21 Sala Consiglio

**Presenti:** C. Rugu, A. Tomezzoli, L. Cordioli, C. Pastori, F. Orcalli, G. Accordini, E. Boscagin, U. Luciano, F. Bertaso, L. Formentini, R. Maffioli, M. Barbetta, D. Gobbi, G. Carrara, P. Cirillo, A. Guglielmi, V. Braga, A. Elio, S. Bellamoli. A. Musso  
**Assenti:** F. Gobbi F. Facincani

**1) Lettura e approvazione del verbale precedente relativo al consiglio del 14 dicembre 2022.** Il verbale viene approvato all'unanimità.

### 2) Comunicazioni del Presidente

- 2.a) Il Presidente informa tutto il consiglio che la dott.ssa Boscagin è stata nominata segretario della CAO Nazionale e si congratula con la stessa
- 2.b) Il Presidente comunica al consiglio che la nomina dell'avv. Capirossi come Direttore di distretto alla ULS 9 Scaligera, è prevista dalla normativa regionale (legge regionale) che prevede la possibilità di nominare direttore di distretto anche un laureato quinquennale in scienze infermieristiche, come peraltro specificato nel bando pubblico. Il dott. Orcalli propone una presa di posizione del consiglio dell'OMCEO e dopo una breve discussione, nel corso della quale prendono la parola il prof. Guglielmi, il dott. Elio e il dott. Cordioli il Consiglio approva all'unanimità la proposta del dott. Orcalli di inviare una lettera al Direttore Generale dott. Girardi su tale argomento.

### 3) Comunicazioni della dott.ssa Pastori

- 3.a) La dott.ssa Pastori presenta le delibere amministrative dell'anno 2022 dalla 6 alla 11 che vengono approvate all'unanimità.
- 3.b) La dott.ssa Pastori propone al consiglio il rinnovo dell'affidamento diretto sotto soglia

- dal 2023 al 2025 all'impresa di pulizie Scaligera Verona che da anni si occupa in modo eccellente della pulizia degli uffici. Il preventivo risulta invariato rispetto al precedente e prevede una spesa di 9840 euro + iva annua. Il consiglio approva all'unanimità.
- 3c) La dott.ssa Pastori propone al consiglio il rinnovo dell'affidamento diretto sotto soglia dal 2023 al 2025 allo studio Narlini consulente del lavoro. Si ricorda che lo studio è stato scelto per le esperienze professionali in ambito di pubblica amministrazione. Il preventivo inviato è uguale al precedente e prevede un importo annuo di 9300 euro + iva. Il consiglio approva all'unanimità.
- 3d) La dott.ssa Pastori propone al consiglio il rinnovo dell'affidamento diretto dal 2023 al 2026 al dott. Giorgio Bistaffa responsabile RSPP. Tale responsabile assiste il datore di lavoro nella valutazione e gestione dei rischi anche tramite il servizio di prevenzione e protezione. Il preventivo è di 1400 euro annui + iva. Il consiglio approva all'unanimità.
- 3e) la dott.ssa Pastori riporta inoltre la comunicazione inviata dalla

ditta TECSIS che concerne la verifica effettuata in ambito di minacce informatiche.

#### 4) Iscrizioni e cancellazioni

##### MEDICI - CHIRURGHI

###### **Prima iscrizione art. 102 del D.L. n.18 del 17/03/2020:**

Dott. BONADIMAN Lorenzo  
Dott.ssa CICOLINI Emma  
Dott.ssa ONCIOIU Dana Maria  
Dott. RUFFO Andrea

###### **Iscrizioni per trasferimento da altro Ordine:**

Dott. CORAZZA Francesco da Omceo Bologna  
Dott. DEGLI ESPOSTI Luca da Omceo Bologna

###### **Cancellazione per trasferimento:**

Dott.ssa COLEDAN Ilaria

###### **Cancellazioni per decesso:**

Dott. CARTOLARI Ignazio  
Dott. RIGO Alberto  
Dott. SIDOTI Onofrio

###### **Cancellazioni su richiesta:**

Dott. MANTELLI Gilberto  
Dott.ssa MARIOTTO Renata  
Dott. MORJAN Mohammed  
Dott.ssa SAVVAKI Kalliopi

#### **Variazione nome e codice fiscale**

da Dott. FULCO Christoph Idebrando - FLCCRS63H27Z112M a Dott. FULCO Idebrando Christoph - FLCDRN63H27Z112I

#### **ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI**

##### ODONTOIATRI

###### **Prima iscrizione:**

Dott.ssa ANDREANI Marta  
Dott.ssa GRAZIANI Giulia  
Dott.ssa MARTINELLI Maddalena  
Dott. PERINA Andrea  
Dott.ssa SCALA Lucrezia  
Dott. TURRINA Riccardo

###### **Cancellazioni per decesso:**

Dott. RIGO Alberto

###### **Cancellazione su richiesta:**

Dott. MECONIO Rodolfo

#### **5) Varie ed eventuali**

Il dott. Elio propone al Consiglio un incontro di riflessione ed eventualmente la stesura di un documento sul nostro Sistema Sanitario alla luce dei cambiamenti dello stato sociale. Compatibilmente con i prossimi impegni si cercherà di organizzare suddetto incontro.

## RADIOPROTEZIONE

Un altro corso FAD della FNOMCeO è online sulla piattaforma FadInMed: si tratta de **"La radioprotezione ai sensi del D.Lgs. 101/2020 per medici e odontoiatri"**. Il corso illustra nei dettagli le novità legate all'introduzione della nuova normativa sulla radioprotezione, di grande interesse per tutta la classe medica ed odontoiatrica, anche perché ha determinato un obbligo formativo ECM in materia di radioprotezione ("i crediti specifici in materia di radioprotezione devono rappresentare almeno il 10% dei crediti complessivi previsti nel triennio per i medici specialisti, i medici di medicina generale, i pediatri di famiglia..., e almeno il 15% per i medici specialisti e gli odontoiatri che svolgono attività complementare").

L'opera è particolarmente utile per gli esercenti l'attività radiodiagnostica complementare: odontoiatri e medici non specialisti in radiologia o medicina nucleare che utilizzano radiazioni ionizzanti per la pratica clinica quotidiana.

Il corso si articola in 4 moduli con videolezioni e questionari ECM e ogni unità didattica si compone di una prima parte tecnico normativa, a cui segue un recap/applicativo per riepilogare, anche con l'utilizzo di mappe concettuali, gli argomenti trattati.

Il corso (ID 371228) eroga **8 crediti ECM** e sarà fruibile online dal **01 gennaio al 31 dicembre 2023**.

# Verbali della Commissione Odontoiatri

## VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 15 NOVEMBRE 2022

**Presenti:** Boscagin, Bovolin, Luciano, Zattoni  
**Assente giustificato:** Pace

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

### Comunicazioni del Presidente:

- Commissari d'esame per corso ASO: vengono nominati dott. Bovolin e dott. Zattoni.
- Clinica dentale X: il Presidente riferisce sulla problematica inerente la dizione "clinica" presente sull'autorizzazione all'esercizio della Clinica Dentale X, dizione che sarebbe prevista solamente per le strutture con complessità di mezzi o di organizzazione (presenza posti letto ovvero effettuazione di prestazioni sanitarie complesse). Informa i presenti che è stata mandata lettera con osservazioni al direttore sanitario. Il Presidente si riserva di informare sugli ulteriori sviluppi del caso.
- Il Presidente informa i presenti che è pervenuta una segnalazione da un privato cittadino che lamenta il fatto che il proprio curante non vuole consegnare il passaporto implantare per il proseguo delle cure con altro odontoiatra. Il Presidente riferisce di aver avuto un colloquio chiarificatore con il Sanitario in questione. Il Presidente riferirà gli sviluppi della vicenda alla prossima riunione CAO.

### Relazioni istruttorie:

Vengono esaminati tre casi, uno dei quali sarà archiviato mentre altri due richiedono approfondimenti supplementari.

### Varie ed eventuali:

- Vengono calendarizzate le date delle prossime CAO.

## VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 06 DICEMBRE 2022

**Presenti:** Boscagin, Bovolin, Zattoni, Pace, Luciano

Lettura ed approvazione verbale precedente: il verbale della seduta precedente viene approvato all'unanimità.

### Comunicazioni del Presidente:

- Il Presidente riferisce ai presenti che è pervenuta all'Ordine un quesito da parte della dott.ssa AA sulla normativa autorizzativa degli studi dentistici in quanto la dott. ssa, già in possesso di propria autorizzazione, opera anche presso lo studio dentistico di un collega. Il dott. Pace contatterà la dott.ssa per fornire chiarimenti circa la sua richiesta.
- Il Presidente informa i presenti di aver ricevuto un quesito scritto dal legale di un paziente che lamenta il fatto che il proprio assistito si è visto negare la consegna del passaporto implantare a seguito di cura presso lo studio odontoiatrico W. Il Presidente riferisce sullo scambio di mail e telefonate intercorse tra lo studio dentistico ed il legale del paziente nello scopo di addivenire ad una conciliazione fra le parti. Il Presidente si riserva di aggiornare la CAO sugli eventuali sviluppi della vicenda.
- Il Presidente informa di aver ricevuto una segnalazione da parte del Presidente CAO di Rovigo circa una pubblicità sanitaria pubblicata su Instagram da parte dell'ambula-

tori odontoiatrico X. Il Dott. Rossini Agostino, direttore sanitario della struttura, verrà invitato a colloquio per chiarimenti.

- Il Presidente informa i presenti che è pervenuta una Circolare dalla Federazione sulla laurea abilitante in Odontoiatria, il dr. Bovolin preparerà un articolo da pubblicare sul sito.

### Relazioni istruttorie:

Viene esaminato un caso del quale il dott. Luciano sarà relatore

## VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 06 DICEMBRE 2022

**Presenti:** Boscagin, Bovolin, Zattoni, Pace, Luciano

Lettura ed approvazione verbale precedente: il verbale della seduta precedente viene approvato all'unanimità.

### Comunicazioni del Presidente:

- Il Presidente riferisce riguardo una e-mail ricevuta dall'Istituto Salesiano San Marco con richiesta di un Odontoiatra Iscritto all'Ordine di Verona che possa partecipare alla commissione per l'esame regionale ASO per le giornate del 1 e del 2 marzo. La CAO, prima di dare i nominativi richiesti decide di contattare l'istituto per conoscere il compenso che verrà corrisposto.
- Il Presidente riferisce riguardo la ricezione di una e-mail da parte del Legale rappresentante dello Studio Odontoiatrico XX SRL riportante il cambio di denominazione da "Clinica XX" a "Studio Odontoiatrico X SRL". La CAO decide di scrivere alla struttura per esprimere soddisfazione per aver provveduto a recepire la richiesta di modifica.

- Il Presidente riferisce riguardo l'invio al Prof. Albanese direttore del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Università di Verona del calendario con le lezioni del Corso Avvio alla Professione.
- Il Presidente riferisce riguardo l'iniziativa proposta da lei su incarico della CAO Nazionale, di organizzare degli incontri con i nuclei NAS di competenza territoriale riguardanti il favoreggiamento dell'abusivismo della professione odontoiatrica.

#### Relazioni istruttorie:

- Si delibera l'apertura di un procedimento disciplinare

#### VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 07 FEBBRAIO 2023

**Presenti:** Boscagin, Bovolin, Luciano, Pace, Zattoni

Lettura ed approvazione verbale precedente: il verbale della seduta precedente viene approvato all'unanimità.

#### Comunicazioni del presidente:

- Richiesta istituto salesiano, questione onorari per commissari d'esame. Il Presidente informa la CAO della risposta dell'istituto che non accoglie la cifra proposta per l'onorario previsto per il Commissario d'esame ASO e viene deciso di non dar seguito. Tuttavia stante le incertezze sulla composizione delle commissioni per tali esami la CAO si riserva in data 14/03/2022 di redigere una PEC per la dirigenza dell'ufficio formazione regionali per avere i dati riguardanti gli esami e le rispettive commissioni esaminatrici delle province venete per i corsi ASO.
- Clinica XX – il Presidente informa i presenti che la struttura, ha modificato, la propria denominazione da "Clinica XX" a "Studio YY", così come previsto dalla legge di stabilità n. 145/2018. Il presidente ha inviato una lettera ove esprime ringraziamento per avere recepito la richiesta di questa CAO.
- Relazioni istruttorie: il Presidente informa i presenti sulla struttura denominata "Clinica JJ" che presenta delle criticità per quanto riguarda la dizione "clinica", da

un controllo risulta inoltre che il sanitario non ha mai comunicato l'assunzione dell'incarico della direzione sanitaria della struttura, inoltre compare sulla loro pagina Facebook un messaggio pubblicitario di chiara natura promozionale. Il Presidente inviterà a colloquio il Sanitario e ne riferirà ai presenti alla prossima riunione CAO.

- Dott. AA: il presidente informa i presenti sul caso del dott. A il quale ha postato su social media (Instagram) una pubblicità sanitaria non consona che riveste chiari segni promozionali. Il sanitario è stato invitato a colloquio il giorno 18 gennaio e viene data lettura del verbale di audizione. La CAO, dopo ampia discussione, delibera il non luogo a procedere
- Il presidente informa i presenti sugli sviluppi del caso riferito alla " WW Clinic". La struttura sta provvedendo a modificare le insegne con il cambio di dizione.

#### Procedimenti disciplinari:

- Il dott. Luciano espone la relazione disciplinare della quale si era assunto l'incarico.

## GESTIONE DELLE INFEZIONI DELLE VIE RESPIRATORIE SUPERIORI IN MEDICINA GENERALE IN EPOCA COVID-19

È online sulla piattaforma FadInMed il nuovo corso di formazione a distanza gratuito "Gestione delle infezioni delle vie respiratorie superiori in Medicina Generale in epoca COVID-19" (21,6 crediti ECM).

Realizzato con il contributo del progetto Ampio Spettro, collaborazione scientifica tra l'Istituto Superiore di Sanità e l'Università di Cagliari, analizza le difficoltà affrontate dai Medici di Medicina Generale in seguito al profondo cambiamento che COVID-19 ha portato nelle tradizionali linee di gestione delle infezioni delle alte vie aeree.

Il fatto che COVID-19 si possa manifestare con sintomi e segni molto simili a quelli di un'infezione benigna stagionale o di un'infezione batterica delle alte vie respiratorie ha determinato e determinerà un aumento notevole delle complessità gestionali, dilatando quindi in maniera rilevante l'area di incertezza clinica che i medici dovranno affrontare. L'individuo dovrà essere curato non solo tenendo conto della prognosi individuale ma anche, e forse soprattutto, tenendo conto della necessità di limitare la diffusione epidemica di SARS-CoV-2. Tutto ciò avrà importanti ripercussioni anche sull'organizzazione delle cure primarie e sulla gestione del tempo da dedicare alle varie aree di patologia. Non dimenticando l'altro tema fondamentale nella cura delle infezioni delle prime vie respiratorie e cioè l'uso inappropriato degli antibiotici che porta a un aumento dei ceppi batterici resistenti.

Da queste premesse nasce l'esigenza di un percorso formativo che stimoli ad una migliore appropriatezza prescrittiva e possa, al tempo stesso, aiutare i medici ad aumentare la capacità di diagnosi differenziale tra COVID-19 e altre infezioni delle vie aeree superiori, migliorando in tal modo la capacità del sistema Italia di convivere con il nuovo Coronavirus.

Il corso ID 371199 sarà fruibile online dal 01 gennaio al 31 dicembre 2023.

# Zaia-Crisanti-Tamponi: No, non è il caso Galilei

**MA I DIRIGENTI POLITICI E I PROFESSORI UNIVERSITARI DOVREBBERO  
EVITARE ECCESSI SIA DI COLLABORAZIONE-DIPENDENZA SIA DI SCONTRI**

Si è invocato il caso Galilei.  
Non esageriamo, please.

La lotta tra Zaia e Crisanti mostra in che misura la guerra o gli accordi politici tra amministratori della cosa pubblica e studiosi possa degenerare e possa offuscare anche alcuni dati oggettivi macroscopici.

Zaia ha sposato, anche in funzione anti-Crisanti, un primario di Microbiologia, Roberto Rigoli, definendolo il Musk del Veneto. Il merito "geniale" di Rigoli è di aver promosso il Test antigenico dell'Abbott Panbio. Dall'intervista su Report appare che Rigoli l'abbia testato in una casistica limitata. Forse si è fidato dei dati portati dall'Abbott che comunque vantava un parere positivo di una commissione della UE che giudica tutti i test. Nella versione del 2021 del documento europeo (*che probabilmente Rigoli allora aveva visionato*) Abbott panbio, testato sia in vitro che clinicamente, veniva dato con una sensibilità del 90%:<https://tinyurl.com/yk2kkn4c>.

La stessa commissione nell'anno successivo alla scelta di Rigoli ha, nel dicembre 2022, emesso un documento che ridimensiona un po' la sensibilità: nell'attuale documento essa ora varia dal 70% al 90%:[https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-12/covid-19\\_eu-common-list-antigen-tests\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-12/covid-19_eu-common-list-antigen-tests_en_0.pdf)

In base all'endorsment di Rigoli e alla decisione della regione quel test antigenico fu acquistato e distribuito a molte istituzioni tra cui case di riposo e ospedali. A fronte di tutto ciò il prof Crisanti dichiarò che i test antigenici erano pericolosi, anche perché sfuggivano alle nuove varianti del Covid.

E inizio' uno studio in cui dimostrava che in un campione di pazienti in ospedale la sensibilità era al massimo del 70%. Questo rende legittima l'avvertenza di Crisanti di usare test molecolari, invece che antigenici, in contesti in cui il Covid più probabilmente può creare gravi conseguenze (case di riposo, ospedali). Ma Crisanti in una prima versione dello studio si è spinto oltre e ha tentato di dimostrare che questa promozione dei test antigenici potesse spiegare un aumento di mortalità da Covid nella regione Veneto in un dato periodo.

Crisanti, qui si butta su un campo scivoloso perché si sa che l'outcome forte "mortalità" ha molte componenti spesso sconosciute; ed è difficile che essa venga attribuita ad un solo fattore. Ed in effetti lo studio di Crisanti con questa tesi fu respinto dalla rivista ricevente come testimonia il referee prof Clementi (leggete ad es: [https://www.ilgazzettino.it/nordest/primopiano/sanita\\_caso\\_tamponi\\_rapidi\\_massimo\\_clementi\\_covid-7150356.html](https://www.ilgazzettino.it/nordest/primopiano/sanita_caso_tamponi_rapidi_massimo_clementi_covid-7150356.html))

Lo studio di Crisanti, in una II versione, è stato poi pubblicato; ma il riferimento a questa ipotesi (sulla relazione tamponi antigenici e aumento di mortalità) non viene più presentata nella nuova versione: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9533294/>

Certe scelte discutibili, da entrambe le parti, capitano quando non vi è un giusto distacco tra Politica e Scienza, ma vi è in genere o troppo accordo o qualche volta scontro; molto raramente prevale l'equilibrio.

Ed in effetti come altro potremmo interpretare certe difese ad oltranza da

parte di un governatore (Zaia in questo caso) rispetto ad un tecnico (definito Musk) e ad una tecnica (il test antigenico in questione)? D'altra parte, senza un probabile astio lungo ed intenso sarebbe difficile spiegare certe prese di posizione estreme contro i test antigenici da parte di Crisanti, il quale non solo si è espresso contro la scelta di Rigoli e contro l'uso dei test antigenici in certi contesti delicati, ma più volte contro i test antigenici in genere.

Certi matrimoni stretti (ad es con il test prescelto ed imposto anche in luoghi delicati come le rsa, ad es) hanno prodotto dei costi e dei rischi non banali. Ma anche certe antipatie per i test antigenici non avevano molto senso quando la testistica si svolgeva non in ospedale ma nel territorio, dove i MMG che chiedevano i test molecolari più volte dovevano inseguire la usl o il laboratorio per giorni e giorni, prima di avere il risultato.

In tutte queste situazioni molti pazienti hanno mostrato più saggezza: hanno comprato più test antigenici, ben sapendo che essi potevano essere falsamente negativi nei primi giorni quando la carica virale è più bassa. La ripetizione ogni 1-2 g per 2-3 vv spesso era la strategia giusta per confermare reali positività al covid (ed in effetti nessuno contesta che la specificità dei test è discretamente maggiore della sua sensibilità).

E poi ne' Zaia ne' Crisanti hanno affrontato in profondità la questione della seria alterazione dei dati epidemiologici provocata dall'aver concesso ai comuni cittadini la possibilità di comprare ed effettuare milioni di autotest.

Poi nè Zaia nè Crisanti hanno detto nulla su un fenomeno macroscopico: in farmacia e nei supermercati sono stati venduti milioni di test che nelle tabelle UE apparivano inferiori a quello, pur imperfetto, della Abbott, visto che erano basati solo su una sperimentazione in vitro e non su studi clinici (come potete leggere nella nostra spot-research pubblicata alcuni mesi fa:

<https://rivistaqq.org/sito/wp-content/uploads/2022/06/RIVISTA-QQ-2-2022.pdf>

Il grande politico ed il grande studioso hanno mostrato di concentrarsi su loro battaglie di potere, mentre la gente comune, i medici comuni, i MMG hanno dovuto difendersi, rispetto alla complessità del virus e della sua testistica, con una arma residua ma potente: la saggezza.

Invito i politici al giusto distacco dalla tecnica e dalla scienza.

Invito gli scienziati e gli universitari ad una minore dipendenza-scontro con le regioni; e invece ad una maggiore

collaborazione e raccordo con i colleghi più vicini alla concreta prassi, e più vicini alla gente e pazienti comuni.

**FRANCESCO DEL ZOTTI**

MEDICINA GENERALE VERONA

[WWW.RIVISTAQQ.ORG](http://WWW.RIVISTAQQ.ORG)

[WWW.NETAUDIT.ORG](http://WWW.NETAUDIT.ORG)

MODERATORE DI ARENAMEDICA

## *Il Medico di Famiglia: dall'Olivetti lettera 32 al computer e all'intelligenza artificiale in medicina*

*Caro Roberto Mora, Direttore di "Verona Medica",*

l'editoriale di dicembre 2022 della rivista, redatto dal Presidente dell'OMCEO Carlo Rugiu, dal titolo "L'intelligenza artificiale in Medicina", è stato anche stavolta stimolante, ed ha permesso importanti riflessioni sulla nostra professione, cosicché ognuno può leggere queste righe con rimandi personali.

I tanti medici settantenni, da poco pensionati come il sottoscritto, ricordano come le loro tesi di laurea e di specializzazione fossero state battute con la loro "Lettera 32" od in copisteria; ricordano le comunicazioni scritte ai colleghi ed i referti delle cartelle cliniche, che abbisognavano talora di periti calligrafici per essere tradotte. L'articolo ben tratta di come "L'intelligenza artificiale" in Medicina stia esplodendo in questi nostri anni; ed

io ricordo, in paragone, che ci fu una precedente rivoluzione in quegli anni '80 e '90 con l'ingresso dell'informatica anche nella nostra professione.

Iniziava allora l'epoca dei computer, e noi Medici di famiglia prendemmo confidenza con termini quali "hardware" (gli Olivetti "Commodore", poi gli IBM e così via), e "software" (i programmi gestionali).

Anno dopo anno, gli schermi-video divennero familiari sulle nostre scrivanie, e ciò consentì di incrociare dati, creare statistiche e confronti, e alla fine di sviluppare conoscenze.

Di qui, la collaborazione tra le dirigenze delle ULSS della Provincia di Verona ed i nostri Sindacati (molti colleghi si riconosceranno in queste righe...) consentì di sviluppare "Progetti" che innalzarono in maniera sensibile la qualità della nostra Me-

dicina, e ciò fu grazie a data-base sempre più funzionali (come per esempio Millewin, il più conosciuto). E fu così che nacque l'ormai celebre "Progetto Verona Diabete", che ebbe risonanza nazionale e fu una guida per i colleghi in molte altre regioni italiane. A Patti aziendali ne furono la naturale conseguenza.

Più tardi le ricette divennero "elettroniche", e ormai da tempo il paziente trova le prescrizioni già redatte in farmacia, con una riduzione complessiva del carico burocratico.

Negli anni dal 1980 al 2020, vissuti nelle professione da tanti Medici ora in pensione, l'informatica ha rappresentato quindi un importante aiuto quotidiano, ed ha permesso inoltre di ridurre le possibilità dell'errore, sempre in agguato. Alla fine ci ha consentito di curare meglio le Persone e di far del bene, se ne eravamo capaci.

E mai mi sono sentito sminuito nel mio "essere medico" con questi supporti, mai mi sono sentito "impiegato" o "tecnico", mai quindi sono entrato in ambulatorio senza il mio camice bianco, significando sempre per me questo indumento un valore distintivo del ruolo che ricoprovo.

E a proposito, per inciso, può essere interessante la lettura dell' articolo "Il camice tra storia e potere evocativo" di Massimo Boccaletti su "Il Giornale della Previdenza" Enpam, 4-2022, 46-48.

In questi nuovi tempi, con l' esplosione dell' "Intelligenza artificiale in Medicina", l'articolo descrive come uno dei vantaggi di una applicazione, Babylon Health, possa essere la possibilità di una sua consultazione fuori anche dello studio medico, in qualsiasi luogo, quindi anche, se ben ho compreso, al domicilio del paziente.

E qui mi si invita a nozze, perché uno dei compiti del Medico di famiglia è sempre stato quello di avere la necessità di conoscere proprio la famiglia e la persona ammalata nell' abitazione dove vivevano.

Nell' articolo si accenna al valore della visita domiciliare, con i riti del caffè e del lavaggio delle mani, segni del rispetto da parte della famiglia nei confronti della figura del Medico.

Ed al di là di questo, quante informazioni offre al Medico l'andare a casa del Paziente? Se ne possono conoscere le condizioni ambientali, i rapporti familiari, il clima affettivo, la regolarità dell' alimentazione e dell' assunzione dei farmaci, le conseguenze di un eventuale allettamento.

E proprio in questa era informatica, quante migliaia di visite domiciliari noi Medici di Famiglia, abbiamo compiuto? Quanti bei rapporti tra Medico e Paziente si sono instaurati tra le mura di quelle abitazioni? Che peso umano e professionale ha avuto l'assistenza domiciliare programmata ed integrata, che ora da due anni (complici il Covid e la profonda crisi della Medicina del territorio) è stata stravolta ed ora è in grande sofferenza?

E così, per contro, non saprei proprio quantificare quali e quante conoscenze ed aiuto su questi temi. potrebbe offrire al Medico di famiglia l'intelligenza artificiale.

Questa, con i suoi algoritmi, può offrire comunque ulteriori risorse in Medicina; essa si è già mirabilmente sviluppata in applicazioni come la robotica in sala operatoria, con i vantaggi descritti nell' editoriale, sempre però con il controllo del Chirurgo responsabile.

L'IA però non potrà mai sostituire la vera Intelligenza, quella del Medico, con la sua riflessione, la sua intuizione, la sua cultura, alla fine la sua umanità nei confronti della persona ammalata.

Cosicché ogni giorno, nei nostri studi, quante volte noi Medici si siamo rivolti nei confronti di un nostro paziente in maniera preoccupata, e quante altre volte di contro siamo stati rasserenanti di fronte all'innalzarsi, per esempio, dei valori della creatinina e della riduzione del VFG? E perché si siamo comportati così, in maniera non univoca? Semplicemente perché ognuno di noi ben conosceva la storia di questa Persona, con le proprie abitudini, il proprio stile di vita, il proprio carattere, le proprie patologie...

Nessuna Intelligenza artificiale potrà mai fare ciò e sostituirsi a noi.

San Gregorio, 2 gennaio 2023

*Con i più cari saluti  
Tuo*

*Giuseppe Calzavara*

## 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 reminescenza, 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.

# Rapporto sulla Sorveglianza dei vaccini anti-COVID-19 (13 - 27/12/2020 - 26/09/2022)

## GUIDA ALLA LETTURA DEI DATI

Questo Rapporto descrive le segnalazioni di reazioni che sono state osservate dopo la somministrazione del vaccino. Ciò non significa che queste reazioni siano state causate dal vaccino. Indagare sul significato e sulle cause di queste reazioni è compito della farmacovigilanza. Si ricorda che:

- un **evento avverso** è un qualsiasi episodio sfavorevole che si verifica dopo la somministrazione di un farmaco o di un vaccino, ma che non è necessariamente causato dall'assunzione del farmaco o dall'aver ricevuto la vaccinazione;
- una **reazione avversa**, invece, è una risposta nociva e non intenzionale a un farmaco o a una vaccinazione per la quale è possibile stabilire una relazione causale con il farmaco o la vaccinazione stessa. Per distinguere, quindi, se siamo di fronte a un evento avverso o a una reazione avversa, dobbiamo valutare se è possibile risalire a una causa legata al prodotto medicinale. Non è sufficiente che l'evento si sia verificato a breve distanza dalla vaccinazione o dall'assunzione del farmaco;
- un **effetto indesiderato** è un effetto non intenzionale connesso alle proprietà del farmaco o del vaccino, che non è necessariamente nocivo ed è stato osservato in un certo numero di persone. Si tratta quindi di un possibile effetto noto, verificatosi nel corso del tempo e considerato accettabile.

Indagare **ogni evento** che compare dopo una vaccinazione serve a raccogliere quante più informazioni possibili e ad aumentare la possibilità di individuare gli eventi davvero sospetti. In questo modo, le autorità regolatorie come AIFA possono verificare la si-

curezza dei vaccini nel mondo reale, confermando quanto è stato osservato negli studi precedenti all'autorizzazione ed eventualmente identificando nuove potenziali reazioni avverse.

Un ampio numero di segnalazioni, quindi, non implica una maggiore pericolosità del vaccino, ma è indice dell'**elevata capacità** del sistema di farmacovigilanza nel **monitorare la sicurezza**.

## COME SI INDAGA UNA SEGNALAZIONE

Ogni segnalazione rappresenta un **sospetto** che richiede ulteriori approfondimenti, attraverso un processo che permette di stabilire una probabile relazione con la somministrazione del vaccino. Il processo di analisi del segnale segue modalità standardizzate riassunte in un algoritmo stabilito dal Comitato Consultivo Globale per la Sicurezza dei Vaccini (GACVS) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Tale algoritmo tiene conto di:

- relazione temporale fra la vaccinazione e la reazione segnalata;
- presenza di possibili spiegazioni alternative;
- prove a favore dell'associazione tra la vaccinazione e la reazione;
- precedenti evidenze di letteratura;
- frequenza dell'evento segnalato nella popolazione generale, anche non vaccinata;
- plausibilità biologica.

Sulla base delle prove disponibili, tutte queste analisi insieme consentono di valutare la **probabilità** per cui quella certa reazione sia stata causata dal vaccino<sup>1</sup>. Questo processo di valutazione può produrre quattro possibili interpretazioni:

- **correlabile**: l'associazione causale fra evento e vaccino è considerata plausibile;

- **non correlabile**: altri fattori possono giustificare l'evento;
- **indeterminata**: l'associazione temporale è compatibile, ma le prove non sono sufficienti a supportare un nesso di causalità;
- **non classificabile**: la segnalazione è priva di informazioni sufficienti per cui sono necessari ulteriori approfondimenti.

La sorveglianza sulla potenziale associazione fra un certo evento e un vaccino tiene conto anche di valutazioni più generali.

Per esempio si mettono a confronto il numero di segnalazioni di sospetta reazione avversa in seguito alla somministrazione del vaccino rispetto alle segnalazioni di **quella stessa reazione avversa** dopo la somministrazione di un **qualsiasi altro farmaco**, per cercare di mettere in luce se un certo evento venga segnalato più frequentemente per un certo medicinale.

L'analisi osservato/atteso permette invece di confrontare la frequenza con cui, in una determinata finestra temporale, un evento si osserva in relazione alla vaccinazione, rispetto alla frequenza con cui **lo stesso evento si osserva nella popolazione generale**. Entrambe le valutazioni permettono di identificare la possibilità di una potenziale associazione, che in quel caso sarebbe da approfondire ulteriormente.

A partire da 20 giugno 2022 è entrata in esercizio la nuova Rete Nazionale di Farmacovigilanza. A partire dal 30 giugno 2022 tutti i Paesi dell'Unione Europea hanno avuto l'obbligo di inviare e ricevere le segnalazioni di sospetta reazione avversa da e verso Eudravigilance utilizzando il nuovo formato standard internazionale R3 per la segnalazione delle sospette reazioni avverse ai medicinali. La nuo-

<sup>1</sup> per approfondimento: Causality assessment of an adverse event following immunization (AEFI): user manual for the revised WHO classification, 2nd ed., 2019 update

va RNF è caratterizzata da funzioni avanzate per la gestione e l'analisi delle segnalazioni di sospette reazioni avverse in modo da garantire una sempre più accurata valutazione del profilo di sicurezza dei medicinali.

Tra le importanti modifiche effettuate, evidenziamo in modo particolare la gestione della gravità, esito e valutazione della singola coppia evento-medicinale segnalato. In passato la gravità e l'esito delle reazioni erano riferiti all'insieme degli eventi riportati nella segnalazione. Infatti, nella "vecchia" Rete Nazionale di Farmacovigi-

lanza, per ogni caso descritto in una scheda di segnalazione, comprensivo di tutti gli eventi occorsi dopo la somministrazione di un vaccino o di un medicinale, veniva definito un singolo criterio di gravità/esito/causality assessment (considerando il più grave tra gli eventi segnalati), una data di insorgenza per le reazioni (la prima degli eventi osservati) ed una più ampia e dettagliata descrizione degli avvenimenti in un campo di "sintesi del caso". Con la nuova Rete Nazionale di Farmacovigilanza nel formato R3 ogni sospetta reazione avversa viene con-

siderata in combinazione con i medicinali e vaccini indicati come sospetti di aver ingenerato tale evento e ogni coppia viene descritta con lo specifico criterio di gravità/esito/data di insorgenza/valutazione causale, etc. Questo approccio ha notevoli impatti anche sulla valutazione e sulla presentazione dei dati oggetto del presente rapporto che raccoglie segnalazioni raccolte con entrambi i sistemi. Pertanto il formato dei rapporti di sorveglianza subirà delle modifiche al fine di una migliore trasmissibilità e chiarezza del dato.



Al 26 settembre 2022 sono state inserite 99 segnalazioni ogni 100.000 dosi somministrate, indipendentemente dal vaccino e dalla dose.

La maggior parte degli eventi avversi segnalati sono classificati come non gravi (81,5% circa) e in minor misura come gravi (18,5%).



Al terzo trimestre del 2022 i tassi di segnalazione relativi alla 1a dose restano più elevati rispetto alle dosi successive e sono notevolmente più bassi dopo la 4a dose (2a dose booster) per i vaccini per i quali è prevista.

Gli eventi avversi più segnalati per tutti i vaccini sono febbre, cefalea, dolori muscolari/articolari, brividi, disturbi gastro-intestinali, reazioni vegetative, stanchezza, reazione locale o dolore in sede di iniezione.



Le reazioni avverse gravi correlabili sono rare e nella maggior parte dei casi caratterizzate da sintomatologia simil-influenzale; gli eventi avversi di speciale interesse sono molto rari e il tasso di segnalazione è ormai stabile nel tempo.

Sono iniziate le vaccinazioni con i vaccini bivalenti aggiornati alle nuove varianti Omicron, ma non sono pervenute segnalazioni nel periodo oggetto del presente Rapporto.



*I dati elaborati e descritti in questi report devono essere considerati come descrittivi di un processo dinamico in continua evoluzione.*

### NOTA SUI FUTURI RAPPORTI SULLA SICUREZZA DEI VACCINI ANTI-COVID-19

*Attualmente, il numero di segnalazioni di sospette reazioni avverse sta diminuendo, a causa della minor frequenza di vaccinazioni e della maggior consapevolezza su reazioni note e non gravi alla vaccinazione. Ciò significa che attualmente vi sono pochi cambiamenti nell'analisi cumulativa delle segnalazioni spontanee per i vaccini anti-COVID-19 disponibili. Pertanto, il formato dei futuri Rapporti sulla sicurezza verrà modificato per rivolgere particolare attenzione alle vaccinazioni di richiamo e ai nuovi vaccini aggiornati contro le varianti.*

## SOSPETTE REAZIONI AVVERSE A VACCINI COVID-19

### DOSI SOMMINISTRATE

**140.689.960**

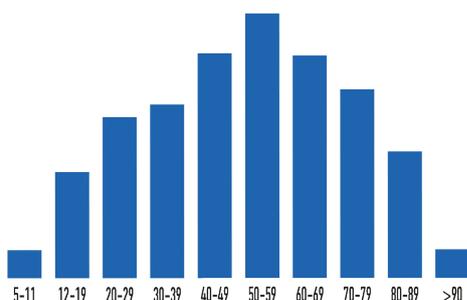
Comirnaty 65,9%  
Spikevax 24,3%  
Vaxzevria 8,7%  
Jcovden 1,1%  
Nuvaxovid 0,03%



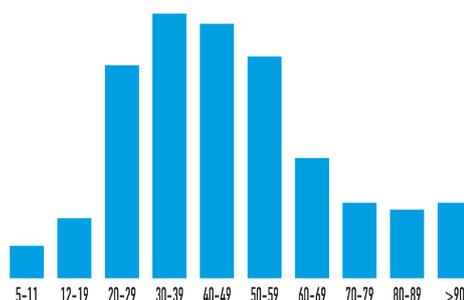
### SOSPETTE REAZIONI AVVERSE

**139.548**

Comirnaty 66,2%  
Spikevax 15,1%  
Vaxzevria 17,3%  
Jcovden 1,3%  
Nuvaxovid 0,1%



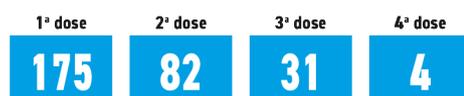
SOMMINISTRAZIONI PER FASCE D'ETÀ



TASSO DI SEGNALAZIONE PER FASCE D'ETÀ

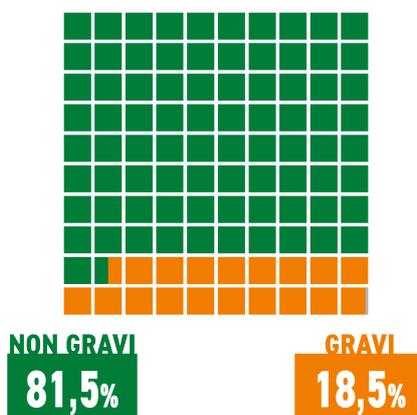


SOMMINISTRAZIONI PER DOSE



TASSO DI SEGNALAZIONE PER DOSE

## SOSPETTE REAZIONI AVVERSE GRAVI/NON GRAVI



**Database di riferimento:  
rete nazionale di farmacovigilanza  
(rnf) periodo in esame:  
27/12/2020 - 26/09/2022**

**PARTE GENERALE:  
CAMPAGNA VACCINALE  
E SORVEGLIANZA  
DEGLI EVENTI AVVERSI  
Introduzione: vaccini disponibili  
e raccomandazioni alla  
vaccinazione**

I vaccini attualmente autorizzati e utilizzati in Italia nella campagna di vaccinazione anti-COVID-19 sono distinguibili in vaccini monovalenti, generati sulla variante originale del virus Sars-CoV-2 isolato all'inizio della pandemia, e vaccini bivalenti, che contengono cioè due principi attivi relativi alla variante originale e a una delle varianti Omicron isolate successivamente. Di seguito l'elenco dei vaccini attualmente autorizzati:

**Monovalenti (sequenza original)**

- Comirnaty (Pfizer/BioNTech), vaccino a mRNA autorizzato dal 22/12/2020 e utilizzato dal 27/12/2020, disponibile nella formulazione pediatrica e per adulti;
- Spikevax (Moderna), vaccino a mRNA autorizzato dal 07/01/2021 e utilizzato dal 14/01/2021;
- Vaxzevria (AstraZeneca), vaccino a vettore virale ricombinante autorizzato dal 29/01/2021 e utilizzato dal 01/02/2021;
- Jcovden, precedentemente denominato COVID-19 Vaccino Janssen (Janssen Cilag), vaccino a vettore virale autorizzato dal 12/03/2021 e utilizzato dal 22/04/2021;
- Nuvaxovid (Novavax), vaccino ricombinante inattivato autorizzato dal 22/12/2021 e utilizzato dal 28/02/2022.

**Bivalenti (sequenza original  
+ variante Omicron aggiornata)**

- Comirnaty Original/Omicron BA.1, vaccino a mRNA autorizzato dal 09/09/2022 e utilizzato dal 12/09/2022;

- Comirnaty Original/Omicron BA.4-5, vaccino a mRNA autorizzato dal 12/09/2022 e utilizzato dal 23/09/2022;
- Spikevax Bivalent Original/Omicron BA.1, vaccino a mRNA autorizzato dal 09/09/2022 e utilizzato dal 12/09/2022.

I vaccini a mRNA monovalenti sono utilizzati per il ciclo primario e per le dosi booster; la seconda dose di richiamo (seconda dose booster o 4a dose) con questi vaccini è raccomandata per tutte le persone di età  $\geq 60$  anni e per i soggetti con elevata fragilità motivata da patologie concomitanti/preesistenti (circolare del Ministero della Salute n. 21209 del 08/04/2022 e successivi aggiornamenti<sup>2</sup>).

La formulazione bivalente Original/Omicron BA.1 dei due vaccini a mRNA è raccomandata prioritariamente come dose di richiamo per i soggetti in attesa di ricevere la seconda dose, in base alle raccomandazioni e le tempistiche già previste e a tutti i soggetti di età uguale o superiore a 12 anni ancora in attesa di ricevere la prima dose di richiamo, indipendentemente dal vaccino utilizzato per il completamento del ciclo primario, con le tempistiche già previste per la stessa (circolare del Ministero della Salute n. 0038309 del 07/09/2022<sup>3</sup>).

La successiva circolare del Ministero della Salute n. 0040319 del 23/09/2022<sup>4</sup> ha esteso le raccomandazioni sull'utilizzo della formulazione Original/Omicron BA.1 anche alla formulazione Original/Omicron BA.4-5, senza alcuna distinzione, dal momento che non ci sono evidenze per poter esprimere un giudizio di uso preferenziale di uno dei diversi vaccini bivalenti oggi disponibili, ritenendosi che tutti possano ampliare la protezione contro diverse varianti e possano aiutare a mantenere una protezione ottimale contro la malattia COVID-19. Nello specifico, si raccomanda prioritariamente l'utilizzo delle formulazioni di vaccini a mRNA bivalenti:

- come seconda dose di richiamo a favore di tutte le persone di età  $\geq$

- 60 anni, delle persone con elevata fragilità motivata da patologie concomitanti/preesistenti di età  $\geq 12$  anni (allegato 1), degli operatori sanitari, degli ospiti e operatori delle strutture residenziali e delle donne in gravidanza, nelle modalità e tempistiche previste per la stessa;
- come seconda dose di richiamo, dietro valutazione e giudizio clinico specialistico, ai soggetti con marcata compromissione della risposta immunitaria, per cause legate alla patologia di base o a trattamenti farmacologici e ai soggetti sottoposti a trapianto emopoietico o di organo solido, che hanno già ricevuto un ciclo primario di tre dosi e una successiva prima dose di richiamo;
- come prima dose di richiamo, nelle modalità e tempistiche previste per la stessa, a favore dei soggetti di età  $\geq 12$  anni che non l'abbiano ancora ricevuta, indipendentemente dal vaccino utilizzato per il completamento del ciclo primario.

**ANDAMENTO  
DELLE SEGNALAZIONI**

Alla data del 26/09/2022, sono state inserite complessivamente nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza 139.548 segnalazioni di evento avverso successivo alla vaccinazione su un totale di 140.689.960 dosi di vaccino, con un **tasso di segnalazione di 99 ogni 100.000 dosi somministrate**.

La distribuzione delle segnalazioni e delle dosi somministrate<sup>5</sup> per tipologia di vaccino è riportata nella Tabella 1. Complessivamente, Comirnaty è stato il vaccino più utilizzato nella campagna vaccinale in Italia (65,9%), seguito da Spikevax (24,3%), Vaxzevria (8,7%), Jcovden (1,1%) e Nuvaxovid (0,03%). In linea con i precedenti Rapporti, la distribuzione delle segnalazioni per tipologia di vaccino ricalca quella delle somministrazioni, a eccezione di Vaxzevria e Spikevax che appaiono invertiti in questo andamento (Comirnaty 66,2%, Vaxzevria 17,3%, Spikevax 15,1%, Jcovden 1,3%, Nuvaxovid 0,1%).

2) <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2022&codLeg=88043&parte=1%20&serie=null>

3) <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2022&codLeg=88794&parte=1%20&serie=null>

4) <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2022&codLeg=89142&parte=1%20&serie=null>

Alla data del 26/09/2022, sono state somministrate complessivamente 63.223 dosi di vaccino bivalente Comirnaty Original/Omicron BA.1, 243 dosi di vaccino bivalente Comirnaty Original/Omicron BA.4-5 e 1.710 dosi di vaccino bivalente Spikevax Bivalent Original/Omicron BA.1. Alla stessa data, non sono pervenute segnalazioni per le formulazioni bivalenti e pertanto, i vaccini bivalenti sono stati esclusi dalle analisi. In termini generali, l'andamento complessivo delle segnalazioni inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza segue quello del numero totale di dosi somministrate e conferma la progressiva diminuzione delle prime, in maniera proporzionale al numero delle somministrazioni effettuate (Figura 1).

Lo stesso andamento si osserva all'analisi per tipologia di vaccino, indipendentemente dal numero di dose (Figura 2). Si evidenzia, a tal proposito, che i vaccini a mRNA sono stati utilizzati per il ciclo primario e per le dosi booster durante tutta la campagna vaccinale, mentre i vaccini a vettore virale e il vaccino ricombinante inattivato sono stati impiegati per il solo ciclo primario e in tempi diversi, a seconda della disponibilità e delle relative limitazioni d'uso, in accordo con le indicazioni autorizzate e le raccomandazioni ministeriali.

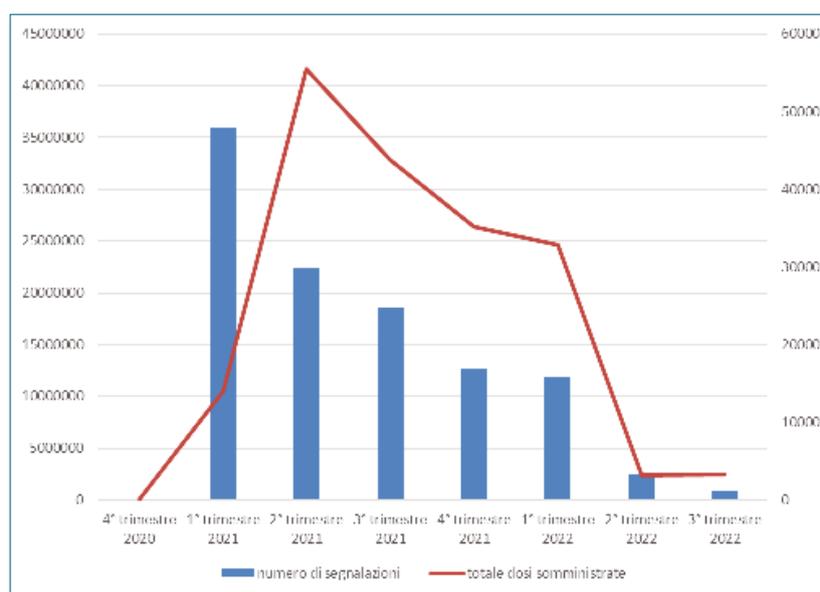
Nell'ultimo trimestre (26/06/2022 - 26/09/2022) sono state inserite 1.257 nuove segnalazioni di sospette reazioni avverse a vaccini anti-COVID-19, di cui 208 (16,5%) riferite a eventi insorti nel periodo e 1.018 (81%) riferite a eventi insorti prima del 26/06/2022 (in 31 segnalazioni, pari al 2,4%, non è riportata la data di insorgenza delle reazioni).

Le segnalazioni riferite a eventi insorti nel periodo di riferimento si sono verificate dopo ciclo primario nel 58% dei casi (dopo prima dose nel 50% e dopo seconda dose nell'8%) e dopo prima o seconda dose booster nel restante 40% dei casi (nel 2% dei casi non è possibile stabilire il numero di dose).

**Tabella 1** - Segnalazioni, dosi somministrate e relativi tassi per vaccini anti-COVID-19 attualmente autorizzati.

| Vaccino anti-COVID-19 | Segnalazioni al 26/09/2022 | Dosi somministrate al 26/09/2022 | Tasso di segnalazione (per 100.000 dosi somministrate) | Intervallo di Confidenza al 95% |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------------|--|---------------------------------|
| Comirnaty             | 92.421                     | 92.738.124                       | 100  | <b>99-101</b>                   |
| Spikevax              | 21.065                     | 34.234.330                       | 62   | <b>61-63</b>                    |
| Principio attivo mRNA | 65                         |                                  |  |                                 |
| Vaxzevria             | 24.155                     | 12.166.487                       | 199  | <b>196-202</b>                  |
| Jcovden               | 1.768                      | 1.508.106                        | 117  | <b>112-122</b>                  |
| Nuvaxovid             | 147                        | 42.913                           | 343  | <b>288-398</b>                  |
| <b>Totale</b>         | <b>139.622*</b>            | <b>140.689.960</b>               | <b>99</b>  | <b>98-100</b>                   |

\*il numero totale delle segnalazioni per vaccino commerciale non corrisponde al totale delle schede presenti nella RNF ma è maggiore in quanto in alcune schede sono indicati due o più vaccini sospetti (dopo vaccinazione eterologa).

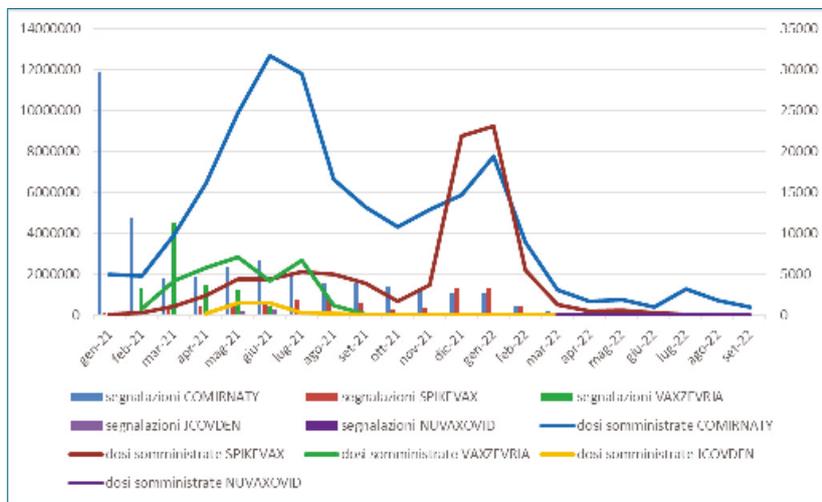


**Figura 1** - Distribuzione complessiva delle segnalazioni inserite nella RNF per data di insorgenza dell'evento, in funzione del totale delle dosi di vaccino somministrate

Nel complesso, le somministrazioni relative alla 4a dose di vaccino hanno interessato prevalentemente alcune categorie di persone con fragilità, per un totale di circa 3,3 milioni di dosi, in relazione alle quali sono presenti solo 65 segnalazioni. Non si rilevano andamenti o cluster peculiari o inattesi. A tal proposito, si evidenzia che le segnalazioni in persone con pregressa infezione COVID-19 che hanno ricevuto una sola dose di vaccino, in accordo alle linee guida ministeriali,

sono state assimilate a quelle riferite alla 1a dose. Analogamente, la dose booster dei soggetti fragili che hanno ricevuto 3 dosi come ciclo vaccinale primario, è stata assimilata alla 4a dose (2a dose booster) della popolazione generale dei vaccinati. Si ricorda che gli andamenti illustrati di seguito sono una fotografia delle segnalazioni presenti nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza al momento dell'estrazione dei dati e possono modificarsi nel tempo.

5) Il numero di dosi somministrate al 26/09/2022 è reso disponibile dal Ministero della Salute al seguente link: <https://github.com/italia/covid19-opendata-vaccini>; l'estrazione dei dati è stata effettuata in data 01/10/2022



**Figura 2** - Distribuzione delle segnalazioni inserite nella RNF per data di insorgenza dell'evento, in funzione della tipologia di vaccino (indipendentemente dal numero di dose)

### Distribuzione per tipologia di segnalazione e di segnalatore

Circa il 93% delle segnalazioni è di tipo spontaneo ed il 6,9% proviene da studio (nello 0,1% l'informazione non è disponibile). Si ricorda che, nell'ambito delle segnalazioni spontanee, rientrano tutte le segnalazioni raccolte da programmi di promozione e facilitazione della segnalazione, condotti a livello regionale.

Circa il 62% delle segnalazioni proviene da operatori sanitari, prevalentemente medici e farmacisti, mentre circa il 38% da paziente/cittadino, confermando il ruolo rilevante che quest'ultima tipologia di segnalatore sta ricoprendo nella segnalazione spontanea dei vaccini anti-COVID-19 (Figura 3). Si ricorda a tal proposito che riportare dettagliatamente informazioni cliniche nella scheda di segnalazione e allegare la documen-

tazione disponibile permette una più corretta valutazione del singolo caso e dei casi che si riferiscono alla classe di eventi avversi segnalati, soprattutto per quelli gravi.

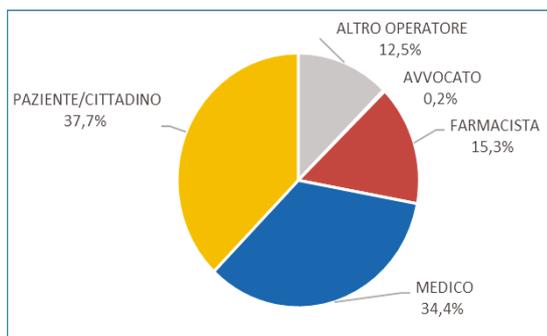
### Distribuzione per età e sesso

L'età media delle persone che hanno avuto un sospetto evento avverso è 47,1 anni (mediana 47 anni). Il tasso di segnalazione in base all'età e al numero di dose è riportato nella Figura 4.

In linea con le evidenze disponibili e con i precedenti Rapporti, il tasso di segnalazione è maggiore nelle fasce di età comprese tra i 20 e i 60 anni, per poi diminuire nelle fasce d'età più avanzate e nei giovanissimi. In ogni classe di età, il tasso di segnalazione è mediamente più alto dopo la 1a dose e si riduce dopo le dosi successive, in particolare dopo la 3a dose

e, in maniera più marcata, dopo le seconde dosi booster (4a dose).

Si conferma una distribuzione asimmetrica delle segnalazioni rispetto al sesso (Figura 5), con il 69,3% delle segnalazioni che riguarda le donne (133/100.000 dosi somministrate) e il 30% gli uomini (61/100.000 dosi somministrate) a



**Figura 3** - Tipologia di segnalatore delle schede inserite dall'inizio della campagna vaccinale

fronte di una esposizione sovrapponibile fra i sessi (51% delle dosi somministrate nel sesso femminile e 49% nel sesso maschile). Tale andamento si mantiene per tutte le classi di età ed è osservabile anche negli altri Paesi europei e nei principali studi condotti, in linea con quanto osservato in generale per tutti i vaccini, soprattutto negli adulti, e in relazione a vari fattori (attitudine alla segnalazione, possibili determinanti biologici genetici o ormonali, ecc.).

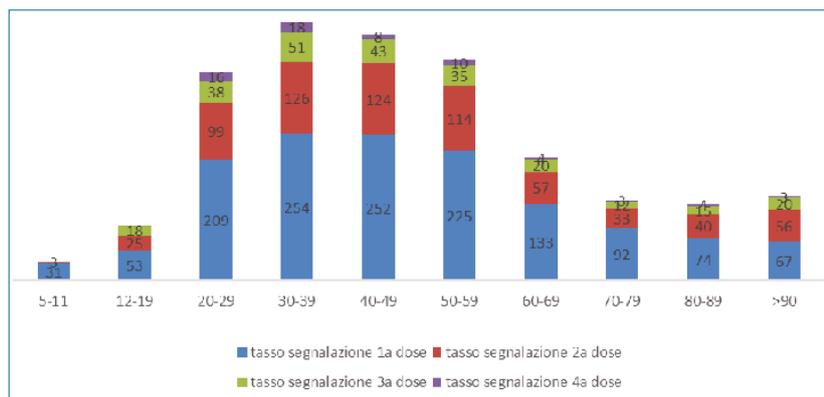
### Distribuzione per gravità

Con il nuovo formato della segnalazione, illustrato nella "Guida alla lettura dei dati", la gravità e l'esito non sono più assegnati all'intero caso ma ad ogni singolo evento riportato all'interno della stessa segnalazione, in maniera tale da caratterizzare in maniera più precisa ogni singolo segno e sintomo che si può osservare dopo una vaccinazione. Per una valutazione più generale della gravità, sono state considerate comunque gravi tutte le segnalazioni con almeno un evento avverso riportato come tale. La valutazione dell'esito, invece, è rilevante per gli specifici eventi avversi riportati e verrà discussa nelle relative sezioni dei paragrafi sui singoli vaccini.

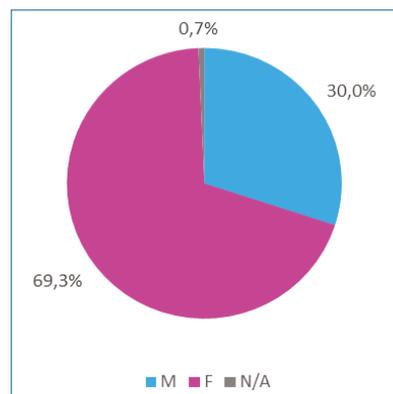
Complessivamente, l'81,5% (n. 113.709) delle segnalazioni inserite al 26/09/2022 riporta eventi avversi non gravi, con un tasso di segnalazione pari a 81/100.000 dosi somministrate, e il 18,5% (n. 25.839) eventi avversi gravi, con un tasso di 18 eventi gravi ogni 100.000 dosi somministrate, indipendentemente dal tipo di vaccino, dalla dose somministrata e dal possibile ruolo causale della vaccinazione (Figura 6).

### Decessi e nesso di causalità

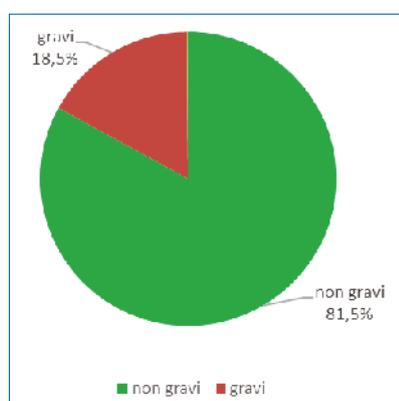
Complessivamente, dopo aver verificato la presenza di duplicati, ovvero di casi per cui è stata inserita più di una segnalazione, 955 segnalazioni gravi hanno avuto esito fatale, indicato al momento della segnalazione o come informazione acquisita successivamente al follow-up, indipendentemente dalla tipologia di vaccino, dal numero di dose e dal nesso di causalità. Di questi, 15 casi sono acquisiti dalla letteratura scientifica e riportano scar-



**Figura 4** - Distribuzione del tasso di segnalazione per fasce d'età in relazione alla 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup> o 4<sup>a</sup> dose somministrata



**Figura 5** - Distribuzione del tasso di segnalazione per sesso



**Figura 6** - Distribuzione delle segnalazioni per gravità

si dettagliano anagrafici che rendono difficile verificare la presenza di altre segnalazioni dello stesso caso da parte di altre fonti e già presenti in RNF.

Il tasso di segnalazione è in linea con quanto riportato nel Rapporto precedente: 0,68 eventi con esito fatale segnalati ogni 100.000 dosi somministrate. Si tratta di un insieme molto eterogeneo di segnalazioni che sono state attentamente monitorate nel tempo, con l'obiettivo di raccogliere per ciascuna scheda il maggior numero di informazioni possibili, come

cartelle cliniche e referti degli accertamenti eseguiti, compresi i referti autoptici, qualora disponibili. La distribuzione di questi casi a esito fatale per tipologia di vaccino è riportata nella Tabella 2.

Il 45% dei casi (n. 433) riguarda donne e il 53% uomini (n. 509), mentre l'1% (n. 13) non riporta questo dato. L'età media è di 75 anni e nel 69,4% dei casi il tempo intercorrente tra la somministrazione e il decesso è compreso tra 0 e 14 giorni, non definito nel 8,0% dei casi e con intervallo maggiore di 14 giorni nel rimanente 22,6% dei casi. In 545 casi il decesso è registrato dopo la 1<sup>a</sup> dose, in 294 dopo la 2<sup>a</sup>, in 107 dopo la 3<sup>a</sup> dose e in 9 dopo la 4<sup>a</sup> dose. L'84% (802/955) delle segnalazioni con esito decesso presenta una valutazione del nesso di causalità con l'algoritmo dell'OMS, in base alla quale il 59,6% dei casi (478/802) è non correlabile, il 27,6% (221/802) indeterminato e il 9,2% (74/802) inclassificabile per mancanza di informazioni sufficienti. Complessivamente, 29 casi (3,6%) sugli 802 valutati sono risultati correlabili (circa 0,2 casi ogni milione di

dosi somministrate), tutti già descritti nei Rapporti precedenti.

### Le segnalazioni di sospette reazioni avverse ai vaccini anti-COVID-19.

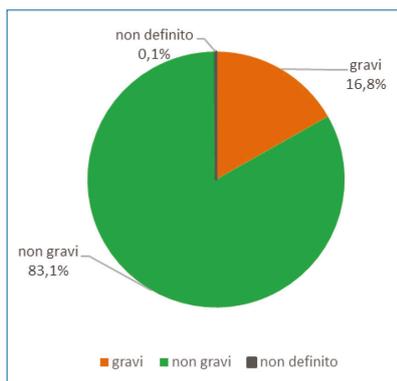
Gli eventi avversi dopo vaccinazione (adverse events following immunization, AEFI) sono inseriti in RNF secondo un dizionario specifico, denominato MedDRA (Medical Dictionary for Regulatory Activities) che prevede termini preferiti (concetti medici unici come segni, sintomi, malattie, ecc.), successivamente raggruppati secondo relazioni di equivalenza (termini sinonimi) e di gerarchia. Il livello più elevato di organizzazione è rappresentato dalle classi sistemico-organiche (SOC), che raggruppano gli eventi per cause (p. es. infezioni e infestazioni), sede (p. es. patologie gastrointestinali) e scopo (p. es. procedure mediche e chirurgiche). Nei paragrafi successivi, sono descritte le analisi delle segnalazioni per tipologia di vaccino e di evento segnalato in base al termine preferito (PT) e alla SOC. Poiché una singola scheda di segnalazione può riportare più eventi, che vengono valutati singolarmente per esito e gravità con il nuovo formato della segnalazione, il numero totale degli eventi è maggiore del numero totale di segnalazioni.

### Vaccino Comirnaty (Pfizer/BioNTech)

Complessivamente, sono state inserite 92.421 segnalazioni per il vaccino Comirnaty, con un tasso di segnalazione di 100 casi ogni 100.000 dosi somministrate (95% CI: 99-101),

**Tabella 2** - Distribuzione delle segnalazioni con esito decesso per vaccino.

| VACCINO       | Casi fatali | Tassi per 100.000 dosi somministrate |
|---------------|-------------|--------------------------------------|
| Comirnaty     | 618         | 0,67                                 |
| Spikevax      | 177         | 0,52                                 |
| Vaxzevria     | 127         | 1,04                                 |
| Jcovden       | 33          | 2,19                                 |
| Nuvaxovid     | -           | -                                    |
| <b>Totale</b> | <b>955</b>  | <b>0,68</b>                          |



**Figura 7** - Distribuzione delle segnalazioni dopo vaccino Comirnaty in base alla gravità, indipendentemente dalla dose

sostanzialmente invariato rispetto al precedente Rapporto. La maggior parte di queste segnalazioni (83,1%) contengono eventi avversi non gravi e una percentuale minore (16,8%) riportano almeno un evento avverso grave (lo 0,1% riportano eventi di gravità non definita), come evidenziato nella Figura 7.

Il rapporto fra eventi avversi gravi e non gravi resta sostanzialmente invariato rispetto al numero di dosi (Figura 8). I dati relativi alla seconda dose booster (4a dose) non sono riportati perché poco rappresentativi visto l'esiguo numero di segnalazioni (0,1% del totale delle segnalazioni per questo vaccino).

Il criterio di gravità maggiormente riportato è "grave - altra condizione clinicamente rilevante" (50% delle segnalazioni gravi), seguito da "grave - ospedalizzazione o prolungamento dell'ospedalizzazione" (29% delle segnalazioni gravi), senza sostanziali dif-

ferenze per numero di dosi. Il 72,4% circa degli eventi avversi descritti nelle segnalazioni riporta come esito la risoluzione completa o il miglioramento dell'evento avverso, laddove in circa il 19,7% dei casi è riportato l'esito "non ancora guarito" al momento della segnalazione.

La maggior parte delle segnalazioni riguardano persone di età compresa fra 30 e 59 anni, senza sostanziali differenze nel rapporto fra gravi e non gravi. Le classi di età con il più basso numero di segnalazioni sono rappresentate da bambini, adolescenti e grandi anziani (Figura 9).

A tal proposito, si ricorda che i vaccini a mRNA sono gli unici vaccini attualmente autorizzati in Italia per la vaccinazione nei bambini di età compresa fra 5 e 11 anni. Nel periodo di riferimento, sono state inserite 15 segnalazioni per questa fascia di età, prevalentemente non gravi e riferite a febbre o dolore in sede di iniezione, di cui solo 1 relativa a eventi insorti nel trimestre.

Nella Figura 10 è riportata la distribuzione degli eventi avversi dopo vaccinazione con vaccino Comirnaty in base alla classe sistemico-organica. Gli eventi nell'ambito delle patologie generali e condizioni relative alla sede di somministrazione continuano a essere i più segnalati e nella maggior parte dei casi consistono in reazioni locali nel sito di somministrazione, febbre e stanchezza/astenia. Seguono in ordine di frequenza eventi avversi come parestesie, cefalee e capogiri, che rientrano nell'ambito delle patologie del sistema nervoso e come

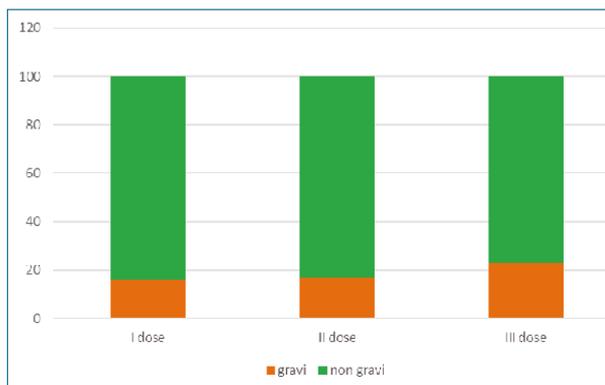
artralgie o mialgie diffuse, nell'ambito delle patologie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo.

### Eventi avversi gravi correlabili a Comirnaty

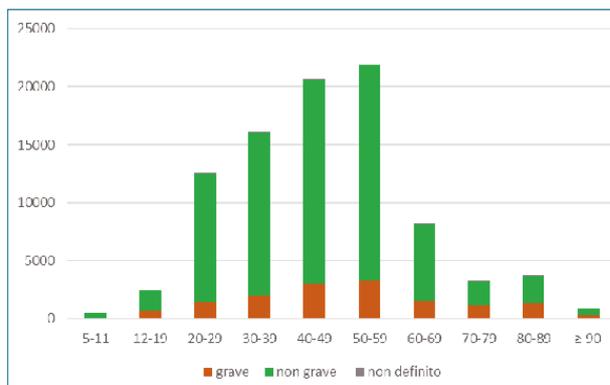
Circa 5 segnalazioni ogni 100.000 dosi somministrate di Comirnaty sono state classificate come gravi correlabili alla vaccinazione (7 ogni 100.000 prime dosi, 4,8 ogni 100.000 seconde dosi, 2 ogni 100.000 terze dosi e 0,3 ogni 100.000 quarte dosi). In base al criterio di gravità, il 70% delle reazioni gravi correlabili è stato inserito come "grave - altra condizione clinicamente rilevante", il 19% come "grave - ospedalizzazione o prolungamento ospedalizzazione" e il 5% come "grave - pericolo di vita". Nel 64% degli eventi avversi risultati correlabili, l'esito della reazione avversa è risoluzione completa o miglioramento.

La febbre alta e i dolori osteo-artro-muscolari sono gli eventi avversi gravi correlabili più frequentemente segnalati, con una frequenza di circa 2 casi ogni 100.000 dosi somministrate, prevalentemente dopo la prima dose. Secondi in ordine di frequenza sono la cefalea (circa 1,5 casi ogni 100.000 dosi somministrate) e le parestesie (circa 0,6 casi ogni 100.000 dosi).

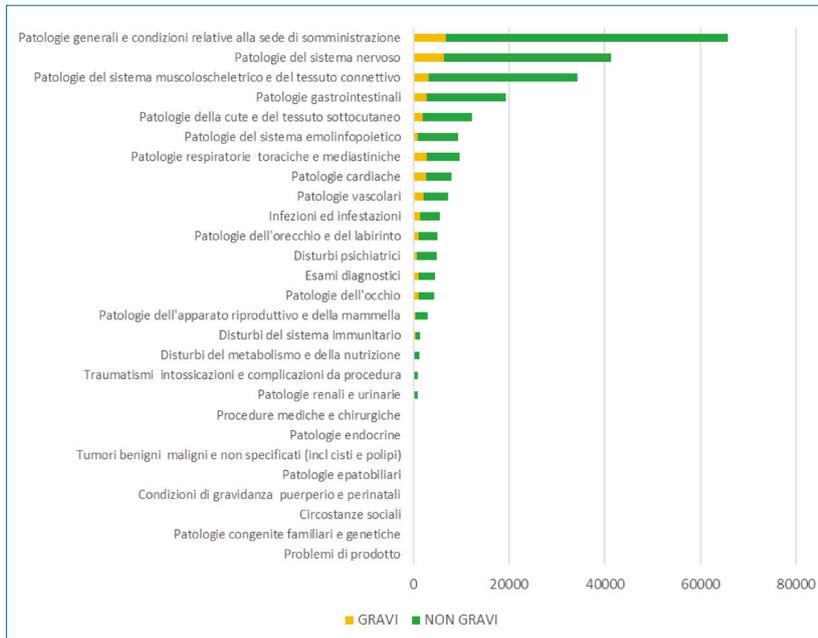
Il tasso di segnalazione degli eventi avversi di speciale interesse per il vaccino Comirnaty è rimasto pressoché invariato rispetto all'ultimo Rapporto. In particolare, il tasso di segnalazione complessivo dei casi di miocardite clinicamente definita corrisponde a circa 2 casi ogni 1.000.000 di dosi somministrate. Non sono state



**Figura 8** - Distribuzione delle segnalazioni dopo vaccino Comirnaty in base alla gravità e al numero di dose



**Figura 9** - Distribuzione delle segnalazioni dopo vaccino Comirnaty per classe di età e gravità, indipendentemente dalla dose



**Figura 10** - Distribuzione degli eventi avversi dopo vaccino Comirnaty in base alla classe sistemico-organica (SOC)

osservate sostanziali differenze dopo 1a e 2a dose, se non nella popolazione di sesso maschile di età compresa fra 12 e 29 anni, dove il tasso di segnalazione dopo 1<sup>a</sup> dose è di circa 1,7 casi per 1.000.000 e quello dopo 2<sup>a</sup> dose di 2,1 casi per 1.000.000.

Il tasso di segnalazione dopo 3<sup>a</sup> dose è di circa 1 caso ogni 1.000.000 dosi somministrate mentre non sono presenti casi dopo 4<sup>a</sup> dose. Il tasso di segnalazione di pericardite è invariato rispetto al precedente Rapporto (circa 4 casi ogni 1.000.000 di dosi somministrate), senza sostanziali differenze dopo 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> dose e per sesso. Il tasso di segnalazione dopo 3<sup>a</sup> dose è di circa 1 caso ogni 1.000.000 di dosi somministrate e non sono stati segnalati casi dopo la 4<sup>a</sup> dose. Non sono state osservate significative variazioni del tasso di segnalazione dei casi di shock anafilattico, con un valore stabile a 3 casi ogni 1.000.000 dosi, quasi esclusivamente dopo 1a dose, e di paralisi periferica del nervo facciale, con un valore di 4 casi ogni 1.000.000 di dosi, prevalentemente nelle classi di età comprese fra 30 e 60 anni e dopo la 1<sup>a</sup> dose. Nel periodo considerato, non sono emersi nuovi problemi di sicurezza dalle segnalazioni inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza.

### Vaccino Spikevax (Moderna)

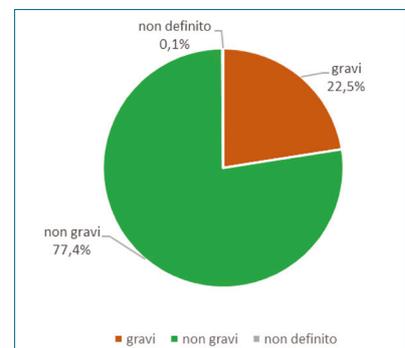
Complessivamente, sono state inserite 21.065 segnalazioni per il vaccino Spikevax, con un tasso di segnalazione di 62 casi ogni 100.000 dosi somministrate (95% CI: 61-63).

Circa il 77,4% di queste segnalazioni è stato inserito come non grave e il 22,6% come grave, come riportato nella Figura 11. Anche per il vaccino Spikevax, il rapporto fra eventi avversi gravi e non gravi resta sostanzialmente invariato dopo 1a, 2a o 3a dose. (Figura 12). I dati relativi alla seconda dose booster (4a dose) non sono riportati perché poco rappresentativi visto l'esiguo numero di segnalazioni (0,1% del totale delle segnalazioni per questo vaccino). Il criterio di gravità maggiormente riportato è "grave - altra condizione clinicamente rilevante" (45% circa delle segnalazioni gravi), seguito da "grave - ospedalizzazione o prolungamento dell'ospedalizzazione" (30% circa delle segnalazioni gravi). Il 57% circa delle segnalazioni

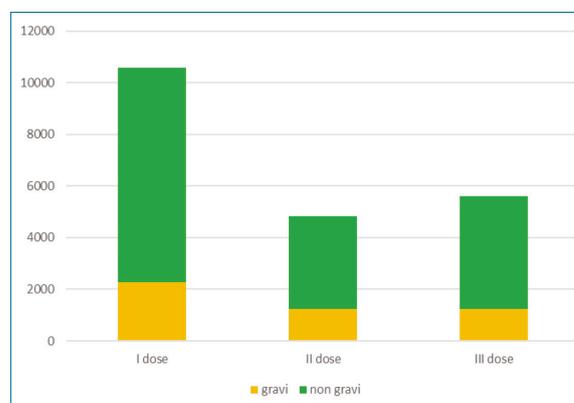
ha come esito risoluzione completa o miglioramento dell'evento avverso; in circa il 32% dei casi è riportato l'esito "non ancora guarito" al momento della segnalazione.

La maggior parte delle segnalazioni riguardano persone di età compresa fra 30 e 59 anni, senza sostanziali differenze nel rapporto fra gravi e non gravi. Le classi di età con il più basso numero di segnalazioni sono rappresentate da adolescenti e grandi anziani (Figura 13).

Nella Figura 14 è riportata la distribuzione degli eventi avversi dopo vaccinazione con vaccino Spikevax in base alla classe sistemico-organica. Come già evidenziato nei precedenti Rapporti, la maggior parte delle sospette reazioni avverse al vaccino Spikevax rientra nelle patologie generali e condizioni relative alla sede di somministrazione. Nella maggior parte dei casi si tratta di reazioni locali nel sito di somministrazione, febbre e stanchezza/astenia. Seguono in ordine di



**Figura 11** - Distribuzione delle segnalazioni dopo vaccino Spikevax in base alla gravità, indipendentemente dalla dose



**Figura 12** - Distribuzione delle segnalazioni dopo vaccino Spikevax in base alla gravità e al numero di dose

frequenza gli eventi avversi che rientrano nell'ambito delle patologie del sistema nervoso, soprattutto parestesie, cefalee e capogiri, delle patologie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo, prevalentemente artralgie o mialgie diffuse e dolori a livello di singole articolazioni, e delle patologie gastrointestinali, come nausea, vomito e diarrea.

### Eventi avversi gravi correlabili a Spikevax

Circa 4 segnalazioni ogni 100.000 dosi somministrate di Spikevax sono state classificate come gravi correlabili alla vaccinazione (9,5 ogni 100.000 prime dosi, 6,1 ogni 100.000 seconde dosi, 1,8 ogni 100.000 terze dosi e 0,5 ogni 100.000 quarte dosi). In base al criterio di gravità, il 60% delle reazioni gravi correlabili è stato inserito come "grave - altra condizione clinicamente rilevante", il 28% come "grave - ospedalizzazione o prolungamento ospedalizzazione" e il 6% come "grave - pericolo di vita". La risoluzione completa della reazione avversa è riportata come esito nel 27% di queste segnalazioni e il miglioramento nel 31% circa.

Febbre alta, cefalea e astenia rappresentano gli eventi avversi gravi correlabili più comunemente segnalati (circa 1,2 casi ogni 100.000 dosi somministrate), seguiti da dolori articolari e muscolari e diarrea (1 caso ogni 100.000 dosi).

Per quanto riguarda gli eventi avversi di speciale interesse, il tasso di segnalazione dei casi di shock anafilattico è rimasto sostanzialmente invariato rispetto alla precedente valutazione riportata nel Rapporto annuale<sup>6</sup> (2 casi/1.000.000 dosi).

Le segnalazioni relative ai casi di miocardite non sono aumentate significativamente nel trimestre considerato, trattandosi di un evento avverso raro, e il tasso di segnalazione complessivo dei casi clinicamente definiti è rimasto sostanzialmente invariato rispetto alla precedente valutazione, circa 4,5 casi ogni 1.000.000 di dosi somministrate, con una differenza significativa dopo 1<sup>a</sup> (4/1.000.000) e 2<sup>a</sup> dose (9,1/1.000.000).

Un numero molto esiguo di casi è stato riportato dopo 3<sup>a</sup> dose (circa 0,4 casi ogni 1.000.000 di dosi somministrate) e nessun caso è stato osservato dopo 4<sup>a</sup> dose. L'andamento per età conferma la più alta frequenza di segnalazione nel sesso

maschile e nella classe di età compresa fra 12 e 29 anni (4,2 casi per 1.000.000 di prime dosi, 10 casi per 1.000.000 di seconde dosi). L'esito riportato è risoluzione completa o miglioramento in circa la metà dei casi, mentre la restante percentuale riporta l'esito non ancora guarito al momento della segnalazione. Anche il tasso di segnalazione complessivo dei casi di pericardite clinicamente definita dopo vaccinazione con Spikevax è rimasto sostanzialmente invariato ed è di circa 5,5 casi ogni 1.000.000 dosi somministrate, senza sostanziali differenze dopo 1a e 2a dose; il tasso di segnalazione dopo 3a dose è di circa 1 caso ogni 1.000.000 di dosi somministrate

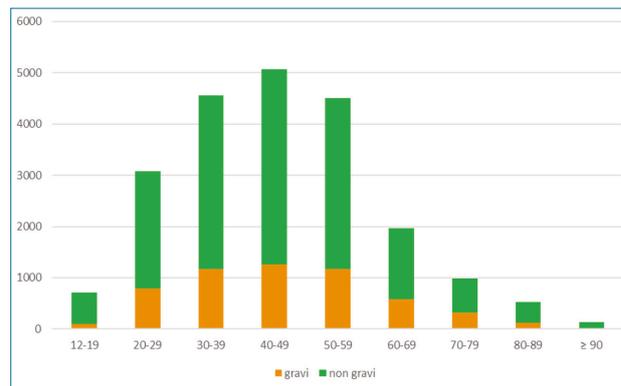


Figura 13 - Distribuzione delle segnalazioni dopo vaccino Spikevax per classe di età e gravità, indipendentemente dalla dose

e nessun caso al momento è stato riportato dopo 4a dose. La maggior parte dei casi riguarda soggetti di età più avanzata, compresa fra 30 e 60 anni, senza differenze apprezzabili fra maschi e femmine.

Complessivamente sono stati riportati circa 0,5 casi di paralisi periferica del nervo facciale ogni 100.000 dosi somministrate, prevalentemente nelle classi di età comprese fra 40 e 60 anni, con un numero di casi lievemente maggiore nel sesso femminile e prevalentemente dopo la 1a dose (0,5 casi ogni 100.000 dosi somministrate), piuttosto che dopo la 2a e la 3a dose (0,1 casi ogni 100.000 dosi).

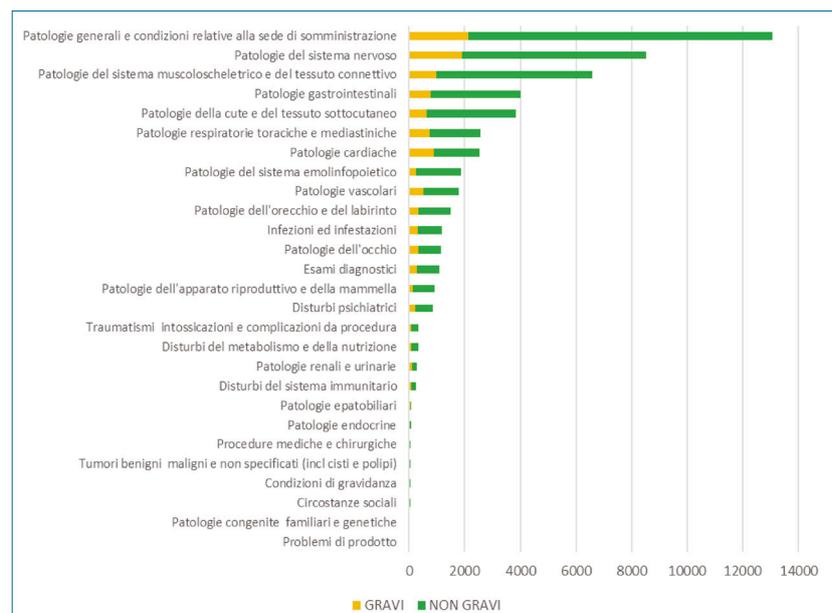
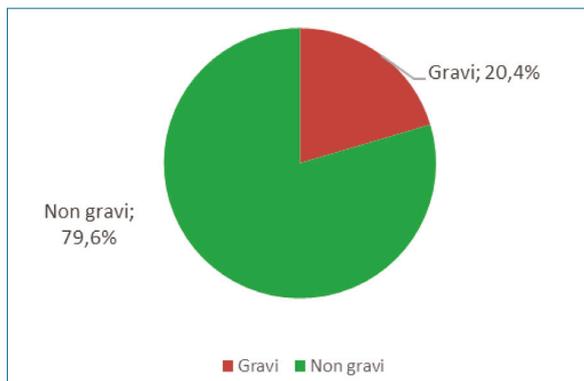
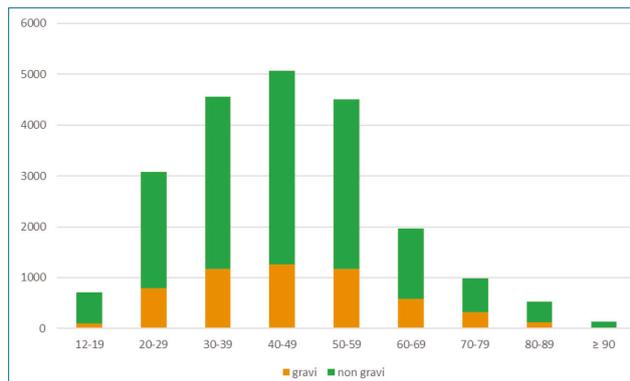


Figura 14 - Distribuzione degli eventi avversi dopo vaccino Spikevax in base alla classe sistemico-organica (SOC)

6) [https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1315190/Rapporto\\_annuale\\_su\\_sicurezza\\_vaccini%20anti-COVID-19.pdf](https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1315190/Rapporto_annuale_su_sicurezza_vaccini%20anti-COVID-19.pdf)



**Figura 15** - Distribuzione delle segnalazioni dopo vaccino Nuvaxovid in base alla gravità, indipendentemente dalla dose



**Figura 16** - Distribuzione delle segnalazioni dopo vaccino Nuvaxovid per classe di età e gravità, indipendentemente dalla dose

Nel periodo considerato, non sono emersi nuovi problemi di sicurezza dalle segnalazioni inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza.

Per entrambi i vaccini a mRNA, prosegue il monitoraggio degli altri eventi avversi di speciale interesse evidenziati nella lista prioritaria definita dal Brighton Collaboration Group/SPEAC ma, al momento, per alcuni di essi non risultano segnalazioni o il numero di segnalazioni è molto limitato. I pochi casi segnalati, inoltre, presentano diversi elementi confondenti, in particolare tempi di insorgenza molto ampi dopo vaccinazione e presenza di altre possibili cause per l'evento segnalato.

### Vaccino Vaxzevria (AstraZeneca)

Considerata la progressiva riduzione delle dosi somministrate nel tempo, nessuna delle quali effettuata nel trimestre 26/06/2022-26/09/2022, la distribuzione dei sospetti eventi avversi successivi a vaccinazione con il vaccino Vaxzevria non ha subito modificazioni rispetto a quella riportata nei precedenti Rapporti. Nell'ultimo trimestre sono state inserite 94 segnalazioni nella RNF, di cui solo due riferite al periodo.

In un caso una paziente ha segnalato come sospetto l'intero ciclo vaccinale eterologo (2 dosi di Vaxzevria seguite da dose booster con Spikevax) completata nel dicembre 2021, indicando come sospetto evento avverso un episodio epilettico avvenuto nell'agosto 2022 per il quale sta attualmente effettuando accertamenti. Nel secondo caso il vaccinato ha effettua-

to segnalazione per Herpes Zoster manifestatosi a luglio 2022 e dolori delle estremità manifestatisi in prossimità della vaccinazione con Vaxzevria (aprile 2021).

Le rimanenti segnalazioni sono riferite a periodi precedenti (prevalentemente 2021) e le sospette reazioni avverse riportate sono in linea con il profilo di sicurezza del vaccino descritto nei precedenti Rapporti.

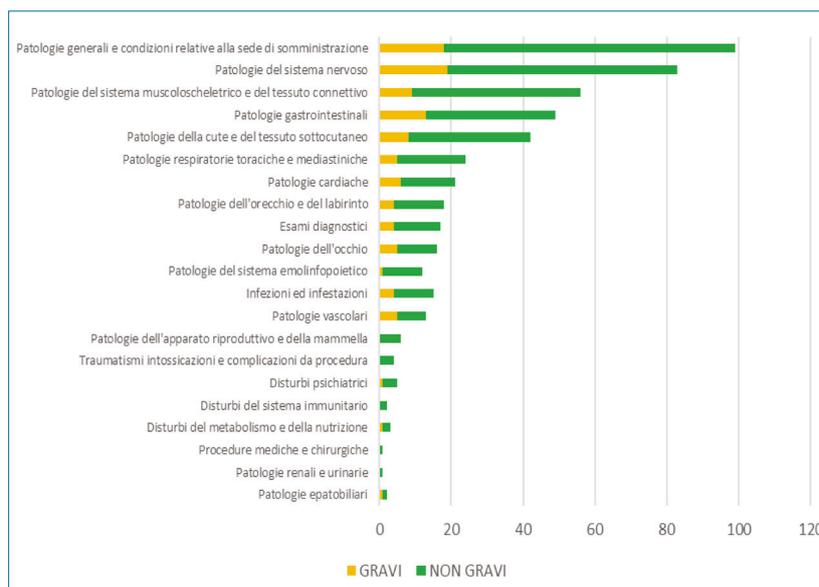
### Jcovden (ex-COVID-19 Vaccino Janssen)

Nell'ultimo trimestre, risultano somministrate 179 dosi di vaccino Jcovden e sono state inserite 14 nuove segnalazioni di evento avverso, tutte insorte in periodi precedenti

e riferite a vaccinazioni effettuate nel 2021, laddove l'informazione è presente. Considerata l'esigua esposizione a questo vaccino e la mancanza di segnalazioni riferite a eventi osservati nel trimestre 26/06/2022 – 26/09/2022, i tassi di segnalazione e la distribuzione per tipologia dei sospetti eventi avversi è sovrapponibile ai precedenti Rapporti.

### Nuvaxovid

Complessivamente, sono state inserite in RNF 147 segnalazioni di evento avverso dopo somministrazione del vaccino Nuvaxovid (13 nel terzo trimestre 2022), di cui 99 dopo prima dose, 46 dopo seconda dose e 2 segnalazioni in cui la dose non è specificata. Le dosi somministrate sono



**Figura 17** - Distribuzione degli eventi avversi dopo vaccino Nuvaxovid in base alla classe sistemico-organica (SOC)

42.913, di cui circa 700 nell'ultimo trimestre; il tasso di segnalazione di 343/100.000 dosi [CI: 288398] è da considerarsi poco significativo, come in precedenza.

La maggior parte di queste segnalazioni (79,6%) sono state inserite come non gravi e una percentuale minore (20,4%) come gravi, (Figura 15). L'età media è 47 anni, 2/3 sono donne e 1/3 uomini.

Nella Figura 17 è riportata la distribuzione degli eventi avversi dopo vac-

cinazione con vaccino Nuvaxovid in base alla classe sistemico-organica.

Il maggior numero di sospette reazioni avverse al vaccino Nuvaxovid, così come nel Rapporto precedente, rientra nelle patologie generali e condizioni relative alla sede di somministrazione, soprattutto reazioni locali nel sito di somministrazione e febbre. Seguono in ordine di frequenza gli eventi avversi che rientrano nell'ambito delle patologie del sistema nervoso, soprattutto cefalea, delle patologie del sistema muscolo-scheletrico e del

tessuto connettivo, prevalentemente artralgie o mialgie diffuse e delle patologie gastrointestinali, come nausea e diarrea.

Complessivamente, sono 8 le segnalazioni gravi correlabili a Nuvaxovid: 5 casi riportano iperpiressia con sintomi associati (cefalea, dolori diffusi), 1 caso riporta dolori articolari e muscolari diffusi, 1 sincope e arrossamento del volto poco dopo la somministrazione del vaccino e 1 nausea, diarrea e inappetenza.

### COME SEGNALARE UNA SOSPETTA REAZIONE AVVERSA?

Tutte le informazioni per effettuare una segnalazione di sospetta reazione avverso a seguito di vaccinazione sono disponibili al seguente link:

<https://www.aifa.gov.it/content/segnalazionireazioni-avverse>

## Telemedicina e riduzione dei tempi di attesa

A CURA DELLA COMMISSIONE OSPEDALE TERRITORIO OMCEO VERONA

### 1. PREMESSA:

La pandemia di Covid 19 ha accentuato alcuni elementi di crisi già presenti da anni nel SSN, evidenziando maggiormente i punti di debolezza della filiera dei servizi chiamati a intercettare i bisogni della popolazione per tradurli in domanda di prestazioni di diagnosi e cura assicurando una risposta adeguata come offerta, in grado di fronteggiare non solo l'epidemia ma anche la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle principali patologie cronico-degenerative.

I Servizi di assistenza primaria territoriale e la specialistica ambulatoriale intra ed extra ospedaliera presentano forti criticità sia in termini di carenza di risorse, dovuta sia alla pandemia che al progressivo sbilanciamento fra entrate e uscite nel turnover dei professionisti, sia per quanto riguar-

da l'adozione di strumenti e protocolli di intervento innovativi che, almeno in parte, possano far recuperare l'offerta venuta a mancare e adeguarsi alla domanda di nuove prestazioni.

In conseguenza di ciò, con sempre maggior frequenza, sul territorio si riscontrano difformità nell'offerta delle prestazioni di primo livello (medicina generale e specialistica ambulatoriale) che generano disuguaglianze nell'assistenza sanitaria fra i cittadini che possono accedere a servizi più strutturati, come le medicine di gruppo, le medicine di gruppo integrate, i poliambulatori dei principali centri, e quelli in carico al medico singolo e che risiedono nelle periferie. Solo un'equa distribuzione delle risorse fra i vari operatori del territorio può garantire una omogenea applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. In

tal senso è necessario incrementare le dotazioni di personale negli studi dei MMG, per ridurre il gap esistente tra il medico singolo in rete (attualmente privo di collaboratori di studio), le medicine di gruppo semplici dotate di personale ma con monte ore insufficiente e non completamente finanziato, e le medicine di gruppo Integrate con dotazione di personale calcolato in base alla popolazione assistita. (MMG)

L'accordo nazionale e regionale per l'assistenza primaria presenta vincoli procedurali e amministrativi non più compatibili con le criticità derivanti dalla progressiva carenza dei medici di medicina generale, come ad esempio la necessità di rispondere tempestivamente alle sostituzioni, evitando periodi di sospensione delle attività assistenziali e pesanti disagi per la

popolazione. Ulteriori vincoli normativi/amministrativi ritardano la messa a disposizione da parte regionale del necessario personale di supporto per gli ambulatori dei MMG indispensabili per attuare i percorsi diagnostico-terapeutici e il monitoraggio delle patologie cronico degenerative.

È necessario pertanto incrementare la creazione di medicine di gruppo evolute e, in particolare per le zone più disagiate, fornire ai medici di medicina generale associati in rete infermieri professionali e personale di supporto, in attesa di dare piena attuazione a quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21), in particolare la Missione 6 Salute, Component 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e dal Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022 n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard di sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale".

L'attuazione di quanto previsto dalle norme sopra citate dovrebbe assicurare uno sviluppo organico dell'assistenza territoriale attraverso una maggior integrazione delle funzioni delle varie professionalità presenti sul territorio, un riassetto e uno sviluppo dei servizi presenti, un approccio di medicina di iniziativa e e multiprofessionale per la prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie cronico-degenerative.

Un ulteriore aspetto di criticità, che non favorisce i nuovi ingressi, è rappresentato dal carico burocratico presente nell'attività del medico di medicina generale, in particolare per la gestione delle patologie croniche (vedi. ad es. Piani terapeutici, la complessità dei passaggi amministrativi per la prescrizione di strisce per il diabete e la prescrizione dei farmaci TAO/NAO per i pazienti scoagulati, i protocolli per l'assistenza domiciliare e le cure palliative) oltre alle complesse norme per l'esenzione del ticket, le regole del nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche, le variegate procedure per l'accesso agli

esami diagnostici complessi, molto spesso diverse da servizio a servizio. È inoltre indispensabile potenziare la risposta specialistica ambulatoriale per far fronte ai ritardi/ arretrati dovuti alla pandemia e fornire maggior supporto alla attività clinica della medicina generale. Anche in questo settore deve essere rivisto il ruolo del personale infermieristico che, se opportunamente formato, può rappresentare una fondamentale risorsa nel supporto diagnostico sia ambulatoriale che a distanza.

Per far fronte alle criticità sopra accennate è altresì indispensabile potenziare tutti gli interventi già presenti sul territorio e presso le strutture ospedaliere tesi a facilitare e semplificare l'accesso alle prestazioni specialistiche, adottando inoltre nuovi protocolli e procedure innovative che riducano l'accesso alle strutture ambulatoriali da parte dei pazienti, favorendo gli interventi presso il domicilio del paziente o presso gli ambulatori periferici.

Si fa riferimento in particolare a tutte le possibilità che la telemedicina può offrire, in parte già presenti sul territorio della Provincia di Verona.

## 2. TELEMEDICINA

*"Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località."*

La telemedicina, quindi, è un "contenitore" e comprende al suo interno differenti servizi che possono essere classificati nelle macro-categorie elencate di seguito:

- **televisita**
- **telemonitoraggio**
- **teleconsulto**
- **tele consulenza medico-sanitaria**
- **teleassistenza**
- **telecontrollo**
- **tele riabilitazione**

### La televisita

"È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il

supporto del caregiver. La televisita, come previsto anche dal codice di deontologia medica, non può mai essere considerata l'unico mezzo per condurre la relazione medico-paziente, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza. È da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza." (DM 29/04/2022). È resa possibile da una connessione internet che permette il contatto fra due video device.

### La visita da remoto dovrebbe essere condotta su piattaforme dedicate e certificate,

ma la pandemia di Covid-19 in molti casi ha costretto medici e pazienti a far ricorso a strumenti non propriamente adatti allo scopo: in questi ultimi casi molti esperti sono restii a classificare tali comunicazioni come televisite, poiché manca il presupposto della sicurezza dei dati trasmessi, garantita da appositi protocolli informatici. Infatti, è utile specificare che, pur trattandosi di una visita virtuale, la televisita è un vero e proprio atto sanitario che non si limita alla semplice comunicazione medico-paziente, in quanto può dar luogo a scambi di dati diagnostici e prescrizioni di farmaci.

Inoltre, occorre sottolineare che le recenti Linee Guida relative alle regole per visite, consulti, referti e teleassistenza approvate dalla Conferenza Stato-Regioni nel dicembre 2020 hanno specificato che, a differenza delle visite tradizionali, la televisita richiede l'adesione preventiva da parte del paziente o di un familiare a riconferma della disponibilità a stabilire un contatto telematico per la interazione con lo specialista e ad accedere ad un sistema di comunicazione remota secondo le normative vigenti in materia di privacy e sicurezza dei dati.

È pertanto opportuno redigere procedure operative aziendali in linea con quelle che sono le linee guida nazionali e i documenti di indirizzo regionali in materia al fine di assicurare lo svolgimento di attività in massima sicurezza e in ottica di prevenzione e gestione del rischio, sia per i pazienti,

sia per gli operatori sanitari e per l'Azienda stessa erogatrice di prestazioni, con particolare attenzione al tema della tutela della privacy e sicurezza dei dati. (AOVR).

## Il telemonitoraggio

Modalità operativa della telemedicina che "permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biomediche con o senza parti da applicare). Il set di tecnologie a domicilio, personalizzato in base alle indicazioni fornite dal medico, deve essere connesso costantemente al sistema software che raccoglie i dati dei sensori, li integra se necessario con altri dati sanitari e li mette a disposizione degli operatori del servizio di Telemedicina in base alle modalità organizzative stabilite. I dati devono sempre comunque essere registrati in locale presso il paziente e resi disponibili all'occorrenza, per maggiore garanzia di sicurezza. Il sistema di telemonitoraggio, che può essere integrato dal telecontrollo medico e affiancato dal teleconsulto specialistico, è sempre inserito all'interno del sistema di Telemedicina che garantisce comunque l'erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie al paziente. Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento dei parametri rilevati, permettendo sia il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformità di quanto possibile in precedenza, sia la minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona." (DM 29/04/2022)

Il monitoraggio da remoto consente di controllare i parametri del paziente sia che esso si trovi presso la sua abitazione (**telemonitoraggio domiciliare**) sia che egli sia ospitato presso delle strutture residenziali (**monitoraggio in struttura**).

**La registrazione e trasmissione dei dati** può essere automatizzata o richiedere l'intervento diretto del paziente o di un operatore sanitario.

## Il teleconsulto

"È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo

la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico." (DM 29/04/2022).

## La teleconsulenza medico-sanitaria

"È un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisione e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente. La teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in maniera differita. In questa attività è preminente l'interazione diretta tramite la videochiamata, ma è sempre necessario garantire all'occorrenza la possibilità di condividere almeno tutti i dati clinici, i referti e le immagini riguardanti il caso specifico. È un'attività su richiesta ma sempre programmata e non può essere utilizzata per surrogare le attività di soccorso." (DM 29/04/2022).

## La teleassistenza

"È un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può, all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati, referti o immagini. Il professionista che svolge l'attività di Teleassistenza può anche utilizzare idonee app per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su attività specifiche. Lo scopo è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio. La teleassistenza è prevalentemente programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento del paziente." (DM 29/04/2022)

In concreto, la teleassistenza prevede **l'attivazione e la gestione di allar-**

**mi, e l'implementazione di servizi di emergenza e di chiamate di "supporto" da parte di un centro servizi.**

Gli ambiti di applicazione della teleassistenza sono numerosi, tutti riconducibili a quattro macro categorie:

- **Assistenza sanitaria a distanza**
- **Assistenza a persone fragili**
- **Assistenza a malati cronici**
- **Assistenza a persone anziane**

## Il telecontrollo

"Modalità operativa della telemedicina che consente il controllo a distanza del paziente. Tale attività è caratterizzata da una serie cadenzata di contatti con il medico, che pone sotto controllo l'andamento del quadro clinico, per mezzo della videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici raccolti presso il paziente, sia prima che durante la stessa videochiamata. Questo per patologie già diagnosticate, in situazioni che consentano, comunque, la conversione verso la visita di controllo tradizionale in tempi consoni a garantire la sicurezza del paziente e in ogni caso sempre sotto responsabilità del medico che esegue la procedura. NOTA: Il telecontrollo si affianca idealmente al telemonitoraggio: vanno personalizzati sulle esigenze del singolo malato in funzione del quadro clinico complessivo; entrambi devono 37 PNRR M MISSIONE 6 - SALUTE consentire l'integrazione dei dati, sia derivati da sensori, sia rilevati dal personale sanitario o segnalati dal paziente o dai caregiver, al fine di renderli disponibili al momento della esecuzione di tutti gli atti medici, in presenza o da remoto. Il telemonitoraggio e il telecontrollo sono incentrati sul malato e sulle sue necessità, più che non sulle singole specialità mediche." (DM 29/04/2022).

## La teleriabilitazione

"Consiste nell'erogazione a distanza di prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare, migliorare, o comunque mantenere il funzionamento psicofisico di persone di tutte le fasce di età, con disabilità o disturbi, congeniti o acquisiti, transitori o permanenti, oppure a rischio di svilupparli. È un'attività sanitaria di pertinenza dei professionisti sanitari, può avere

carattere multidisciplinare e, quando ciò costituisca un vantaggio per il paziente, può richiedere la collaborazione del caregiver, familiari e non, e/o di insegnanti.” (DM 29/04/2022).

Sono diverse le categorie di percorsi che possono permettere di usufruire delle opportunità offerte dalla teleriabilitazione, in particolare:

- la **riabilitazione motoria** (es. soggetti post-ictus, soggetti affetti da malattie neuromuscolari degenerative e/o lesioni)
- la **riabilitazione cognitiva** (es. anziani)
- la **riabilitazione metabolica e cardiologica** (es. soggetti in fase acuta di un infarto miocardico, soggetti affetti da vasculopatie)
- la **riabilitazione di soggetti disfonici, con disturbi visivi o ad altre forme di disabilità.”**

(<https://www.comarch.it/healthcare/medhub-blog/telemedicina-telemonitoraggio-teleconsulto-televisita-facciamo-chiarizza/>)

#### 4. LA SITUAZIONE IN PROVINCIA DI VERONA

Sono pervenuti alla Commissione Ospedale territorio 3 documenti inviati dalle Direzioni Sanitarie della ULSS 9 Scaligera, della AOUI di Verona e degli Ospedali Sacro Cuore di Negrar e una mail informativa da parte della Direzione Sanitaria della Clinica Pederzoli di Peschiera.

Si riassumono di seguito i dati più significativi e si formulano proposte di potenziamento e di incremento di interventi tesi a ridurre gli accessi alle strutture di secondo livello, monitorare correttamente le patologie croniche, facilitare la comunicazione fra professionisti e fra medici e pazienti o loro caregiver.

#### 5. TELEVISITE:

AOUI Verona ha inviato nello scorso luglio in Regione Veneto una puntuale ricognizione sulle attività di Telemedicina dal 2018 al 2022.

Dai dati emerge un forte impulso dell'Azienda a potenziare i servizi di telemedicina e in particolare si evidenzia che dal 2020 con un numero complessivo di 2.489 prestazioni effettuate per esterni, si è passati a un totale di 7.997 nel 2021 e di 2.843 per il solo primo semestre 2022.

Nello specifico trattasi di prestazioni di Chirurgia Generale, Endocrinologia, Neurochirurgia, Neurologia, Psichiatria, Dermatologia, Radioterapia e Urologia. (AOVR).

L'attività va sicuramente mantenuta e potenziata coinvolgendo tutte le branche specialistiche, compresi gli interventi di monitoraggio e sorveglianza attiva delle patologie neurologiche (disturbi cognitivi, malattia di Parkinson, epilessia) in collaborazione con i servizi territoriali, e il supporto/training per gli interventi in campo riabilitativo. In AOUI Verona le prestazioni in telemedicina sono effettuate in linea con una Procedura Aziendale che è stata formalizzata e approvata sin dal 2020 dagli attori coinvolti nei processi. AOUI Verona ha inoltre formalizzato un Progetto aziendale sulle Malattie Rare che prevede l'implementazione della telemedicina tra le attività necessarie per dare una risposta a patologie complesse che richiedono multidisciplinarietà e alta professionalità clinica, anche a distanza per seguire patologie rare e croniche e/o per fornire consulenze di *second opinion*. (AOVR).

Anche presso la Aulss 9 Scaligera sono in atto interventi di telemedicina, in particolare presso la Diabetologia e l'Endocrinologia dell'Ospedale Mater Salutis di Legnago, presso i Centri di Decadimento cognitivo dei distretti 1, 2 e 4, la Pneumologia.

Presso L'Ospedale Sacro Cuore di Negrar dal 2002 si è iniziato ad eseguire alcune televisite, soprattutto per pazienti anziani con necessità di aggiustamenti terapeutici. Sono pervenute richieste da parte di medici di famiglia per l'attivazione di un'attività di teleconsulto; ad oggi questo tipo di attività non è stata iniziata.

#### 6. TELEMONTORAGGIO

È presente da tempo un'attività di telemonitoraggio presso la **Cardiologia** degli Ospedali di San Bonifacio, di Legnago e di Villafranca (Ulss9). È rivolta a cittadini che vivono in abitazione o in strutture residenziali, portatori di dispositivi impiantabili. Il servizio prevede una trasmissione automatica o attraverso un'operazione attiva eseguita dal paziente o dal caregiver dei

parametri elettrici e clinici rilevati dal dispositivo.

Presso la Cardiologia di San Bonifacio è attivo inoltre un servizio infermieristico di monitoraggio telefonico e follow up dei pazienti in carico all'ambulatorio per lo scompenso cardiaco. Presso l'Ospedale Sacro Cuore di Negrar l'esperienza del controllo remoto dei device **cardiaci** (pacemaker defibrillatori, loop recorder) è iniziata nel 2008, con uno sviluppo esponenziale. È presente un team composto da 4 infermieri e 3 Cardiologi Elettrofisiologi che si occupa del controllo quotidiano, 6 giorni su 7, delle trasmissioni dei pazienti. Attualmente sono oggetto del controllo circa 2100 pazienti. Esiste la possibilità che le trasmissioni dei pazienti siano visualizzate anche da medici del territorio a cui i pazienti fanno riferimento.

Inoltre dal 2021 è stato avviato un progetto di Telemedicina e Telecontrollo dalla Unità di **Pneumologia** che prevede di Valutare l'aderenza ad un sistema/modello di telecontrollo per le patologie respiratorie croniche, attraverso il monitoraggio dell'aderenza terapeutica mediante utilizzo di device IOT e il monitoraggio dei parametri cardio-respiratori di base mediante utilizzo di device IOT (FEV1%, PEF%, frequenza cardiaca, St.O2%). Attualmente son stati presi incarico 30 pazienti. Si stima sui dati già disponibili presso il servizio di pneumologia che possano entrare a far parte dello studio un numero di soggetti compreso tra 500 e 2.000 (3).

Presso l'Ospedale Clinica Pederzoli sono attivi i seguenti servizi di telemedicina:

- Tele monitoraggio elettrostimolatori della terapia antalgica;
- Tele monitoraggio cardiologico per controllo remoto elettrostimolazione (pacemaker).

#### Teleconsulto

L'Attività, presso la ULSS 9 Scaligera, interessa le Cardiologie aziendali, la Radiologia (teleconsulto neuroradiologico e neurochirurgico con la AOUI di Verona), la Psichiatria, le Malattie Infettive, la Riabilitazione in ambito logopedico, la Psicologia Clinica.

## 7. TELEREFERTAZIONE

Sono coinvolte le unità di Cardiologia (ECG da strutture e ambulatori extraospedalieri) e di Radiologia (San Bonifacio e Villafranca e UOSD Breast Unit).

## 8. ALTRE ATTIVITÀ

Presso la Ulss 9 Scaligera sono inoltre presenti altre attività, di seguito elencate:

- Laboratorio di analisi: scarico sul FSE dei referti del tempo di protrombina per i pazienti in terapia anticoagulante, e degli esami prescritti per i pazienti in ADI.
- Pediatria: canale di comunicazione via e-mail con i genitori dei bambini che afferiscono all'ambulatorio di Gastroenterologia del Centro per la diagnosi della Celiachia pediatrica.
- Centrale Operativa Territoriale (COT): Servizio di Telesoccorso e Telecontrollo
- Riabilitazione e rieducazione funzionale: sperimentazioni in corso per proseguire a casa il training riabilitativo con un dispositivo controllato a distanza dal terapeuta.
- Corsi di preparazione alla nascita on line.
- Radiologia: collaborazione con i MMG dei Distretti 1 e 2 per l'appropriatezza prescrittiva attraverso un canale e-mail dedicato, attraverso il

quale vengono valutate e prese in carico le prescrizioni di imaging al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva.

## 9. PROPOSTE PER IL MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI TELEMEDICINA E DI RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

A. ESTENSIONE A TUTTA LA ULSS 9 DELLE ATTIVITÀ DI TELEMEDICINA GIÀ IN ESSERE PER LE VARIE SPECIALITÀ E DARE SEGUITO ALLE SPERIMENTAZIONI IN ATTO. Si ritiene indispensabile che, prima di tutto a favore dei soggetti più fragili che risiedono in abitazione o in strutture residenziali, siano estesi gli interventi di telemedicina, in particolare la televisita di controllo, il telemonitoraggio di alcuni parametri clinici, il teleconsulto, nonché l'accesso specialistico diretto per visite o esami diagnostici effettuabili al letto del paziente non deambulante. Tutti i servizi specialistici territoriali e ospedalieri, attraverso la diretta prescrizione e la programmazione delle visite e degli accertamenti di controllo, devono essere coinvolti, con riferimento all'ambito territo-

riale in cui operano, a collaborare con la medicina generale e la pediatria di libera scelta per ridurre gli spostamenti dei pazienti e attivare iniziative di telemedicina. Ciò assume particolare rilievo per il monitoraggio delle patologie cronico-degenerative, delle patologie neurologiche, endocrinologiche, reumatologiche, per i follow up oncologici e chirurgici, per la pediatria, la psichiatria/psicologia, per il supporto a distanza di percorsi riabilitativi di patologie ortopediche, neurologiche o cardiache. Uno sforzo particolare inoltre è richiesto per assicurare ai pazienti istituzionalizzati e ai non autosufficienti un'assistenza multiprofessionale integrata che sappia sia sfruttare efficacemente e tempestivamente gli strumenti che la telemedicina attuale mette a disposizione, sia attivare interventi innovativi anche di tipo organizzativo facilitanti l'approccio integrato e le consulenze a distanza o al letto del paziente. Appare infine indispensabile l'adozione di un'unica piattaforma informatica per il collegamento fra medicina generale e specialistica ambulatoriale/ospedaliera per il teleconsulto e lo scambio di informazioni cliniche sul monitoraggio dei pazienti in carico. (MMG)

## NORME COMPORTAMENTALI PER I MEDICI CHE EFFETTUANO SOSTITUZIONI

Si ricorda che all'atto dell'affidamento/accettazione dell'incarico di sostituzione devono essere sottoscritti i seguenti punti:

- Il Medico Sostituto deve garantire il pieno rispetto degli orari d'ambulatorio e può modificarli solo previo accordo col Medico Titolare, tenuto conto dei disagi dell'utenza.
- Il Medico Sostituto deve garantire lo stesso periodo di reperibilità telefonica attiva che viene garantita dal Medico Titolare (in genere ore 8-10 con risposta diretta del titolare o di altra persona).
- Nelle giornate di sabato e nei giorni prefestivi il Medico Sostituto deve rispettare gli impegni del Medico Titolare, deve effettuare la reperibilità telefonica e/o l'ambulatorio qualora fosse prevista attività ambulatoriale e deve effettuare le visite richieste anche se dovesse comportare un prolungamento dell'orario oltre le ore 10 del mattino.
- Il Medico Sostituto si impegna a sostituire un solo medico per volta, salvo casi particolari -dichiarati- nello stesso ambito di scelta, per garantire agli utenti una presenza effettiva nella sede d'attività del tutto simile a quella del titolare.
- Eventuali accordi tra Medico Titolare e Medico Sostituto al di fuori di questo regolamento devono comunque tenere presente che interesse principale è anche evitare disagi e servizi di scarsa qualità agli assistibili.

B. ACCELERAZIONE NELL'ATTUAZIONE DI QUANTO PREVISTO DAI PROVVEDIMENTI ADOTTATI PER LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE (Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022 n. 77), PER LA REALIZZAZIONE DEL MODELLO DIGITALE PER L'ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE (Decreto Ministero della Salute 29 aprile 2022), PER LA SELEZIONE DELLE SOLUZIONI DI TELEMEDICINA E DIFFUSIONE SUL TERRITORIO NAZIONALE (Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale, del 30 settembre 2022).

C. POTENZIAMENTO DELL'ATTIVITÀ SPECIALISTICA PUBBLICA E DEL PRIVATO ACCREDITATO

**a. TELEMEDICINA:**

- i. DERMATOLOGIA/CHIRURGIA VASCOLARE/CHIRURGIA PLASTICA: attivare un consulto a distanza fra mmg e specialista tramite invio di foto di lesioni cutanee o piaghe da decubito. PAZIENTI RECLUTABILI: Fase iniziale: Ospiti di Case di Riposo, RSA, Casa circondariale, e pazienti in assistenza domiciliare integrata. MEDICI COINVOLTI: MMG, DERMATOLOGI AMBULATORIALI E OSPEDALIERI, CHIRURGHI VASCOLARI O ESPERTI IN LESIONI DA DECUBITO TECNOLOGIA NECESSARIA: macchina fotografica in grado di trasmettere immagini via web; software di connessione che assicuri il rispetto della privacy in fase di invio che in quella di risposta.
- ii. CARDIOLOGIA: estendere la possibilità di effettuare ECG ed ECG Holter a distanza fornendo alle medicine di gruppo gli apparecchi (da applicare da parte degli infermieri) e il collegamento a distanza con gli ambulatori territoriali o le UUOO di cardiologia OPERATORI COINVOLTI: Infermieri per l'effettuazione degli esami e specialisti per la refertazione: TECNOLOGIA NECESSARIA: apparecchi per ECG e registratori per ECG Holter, software di connessione che assi-

curi il rispetto della privacy in fase di invio che in quella di risposta

- iii. OCULISTICA: dotare il territorio (Case di Comunità, Poliambulatori distrettuali, Medicine di gruppo integrate?) di retinografi per effettuare l'esame del fundus oculi e successivo invio via web dell'immagine della retina ad oculisti ambulatoriali od ospedalieri per monitorare le complicanze del diabete, ipertensione e sospetta patologia retinica. OPERATORI COINVOLTI: Infermieri per l'effettuazione della foto e specialisti per la refertazione TECNOLOGIA NECESSARIA: retinografi in grado di fotografare la retina anche in presenza di cataratta, software di connessione che assicuri il rispetto della privacy in fase di invio che in quella di risposta.
- iv. ALLERGOLOGIA: attivare un consulto a distanza fra MMG e specialista tramite invio di foto di lesioni cutanee. PAZIENTI RECLUTABILI: Fase iniziale: Pazienti che hanno già una prima diagnosi allergologica, visite di controllo, second opinion. MEDICI COINVOLTI: MMG, ALLERGOLOGI AMBULATORIALI E OSPEDALIERI TECNOLOGIA NECESSARIA: macchina fotografica in grado di trasmettere immagini via web; software di connessione che assicuri il rispetto della privacy in fase di invio che in quella di risposta. (AOVR)
- b. CONSULTO RADIOLOGICO A DOMICILIO per radiografie del torace, ecografie addominali in pazienti non deambulanti, istituzionalizzati e non, tramite apparecchiatura portatile
- c. UTILIZZO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO PER POTENZIARE LA DIAGNOSTICA:
  - i. SPIROMETRIA
  - ii. ECG presso gli studi medici – ECOCARDIOGRAFIA, con referto a distanza
  - iii. ESAME CONDOTTO UDITIVO ESTERNO
  - iv. RIMOZIONE PUNTI DI SUTURA
  - v. PRELIEVO PER GLICEMIA ..... X DIABETICI, presso gli studi medici
  - vi. SATURIMETRIA A DOMICILIO

d. UTILIZZO DEI MMG CON SPECIALIZZAZIONE CLINICA O CHIRURGICA PER CONSULENZE SPECIALISTICHE A FAVORE DEGLI ASSISTITI DELLE MEDICINE DI GRUPPO/RETE/AFT

e. RIFORMA DEI CUP CON POSSIBILITÀ DI ACCESSO ALLA PRENOTAZIONE DA PARTE DELLE SEGRETERIE DELLE MEDICINE DI GRUPPO O DELLE RETI DI MEDICI

f. COMPLETARE L'INTEGRAZIONE CON LE ATTIVITÀ DEL PRIVATO ACCREDITATO ATTRAVERSO L'INSERIMENTO A CUP DELLA PRENOTABILITÀ DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E CON L'ALIMENTAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DEI REFERTI

Le succitate proposte possono concretamente contribuire a:

1. Riduzione dei tempi di attesa per la prima visita, con offerta in tempi più rapidi di prestazioni in telemedicina;
2. Riduzione di prestazioni in presenza inappropriate;
3. incremento delle visite di controllo, laddove sia possibile, con conseguente riduzione dei costi indiretti a carico del paziente e minore presenza di utenti negli spazi ospedalieri;
4. ottimizzazione e razionalizzazione delle priorità di esecuzioni indagini diagnostiche appropriate, con tempi consoni alla urgenza accertata;
5. concentrazione delle prestazioni diagnostiche in spazi temporali dedicati, con conseguente ottimizzazione dell'attività infermieristica;
6. massima razionalizzazione degli spazi logistici;
7. ottimizzazione degli slot temporali per procedure diagnostiche di secondo livello e per le attività più impegnative, legate prevalentemente ai gruppi o ambulatori multidisciplinari. (AOVR)

COMMISSIONE OSPEDALE-TERRITORIO  
24 OTTOBRE 2022

## Termini di invio dei dati delle spese sanitarie al Sistema TS

Prima della modifica introdotta dal DM 27 dicembre 2022 era previsto il passaggio, a decorrere dal 1° gennaio 2023, alla periodicità mensile di trasmissione delle comunicazioni al sistema TS. L'art. 1 del suddetto DM, modificando l'art. 7 del decreto del Ministero dell'Economia e delle finanze 19 ottobre 2020, ha però differito di un altro anno la decorrenza dell'applicazione della periodicità mensile, stabilendo che la trasmissione dei dati relativi al 2023 sia effettuata:

- **entro il 30 settembre 2023**, per le spese sostenute nel primo semestre (gennaio-giugno) 2023;
- **entro il 31 gennaio 2024**, per le spese sostenute nel secondo semestre (luglio-dicembre) 2023.

L'invio dei dati avverrà entro la fine del mese successivo alla data del documento fiscale a decorrere dalle spese sostenute dal 1° gennaio 2024.

Ricordiamo inoltre che con il provvedimento del 15 febbraio 2023, l'Agenzia delle Entrate aveva disposto inoltre la proroga al 22 febbraio 2023 del termine per la trasmissione al Sistema Tessera Sanitaria delle spese relative all'anno 2022.

Pertanto, la scadenza per la trasmissione dei dati è stata rinviata - **dal 31 gennaio al 22 febbraio 2023 - anche per quanto riguarda le spese sanitarie sostenute nel secondo semestre 2022.**

Con il provvedimento in commento è stato anche spostato dal 9 marzo 2023 al 31 marzo 2023, il termine a partire dal quale il Sistema Tessera Sanitaria mette a disposizione dell'Agenzia delle entrate i dati delle spese sanitarie 2022 e dei relativi rimborsi.

Si ricorda che in caso di omessa, tardiva o errata trasmissione dei dati si applica la sanzione di 100 euro per ogni comunicazione, con un massimo di 50.000 euro. Nei casi di errata comunicazione dei dati, la sanzione non si applica se la trasmissione dei dati corretti è effettuata entro 5 giorni successivi alla scadenza.

LA COMMISSIONE FISCO FIMMG

## ECM, più tempo per mettersi in regola

Si avrà più tempo per mettersi in regola con i crediti ECM. Lo prevede il decreto Milleproroghe.

Tutti i professionisti sanitari avranno tempo sino al 31 dicembre 2023 per mettersi in regola con l'obbligo formativo ECM (Educazione continua in Medicina) del triennio 2020-2022. A prevederlo, il DL Milleproroghe, convertito in Legge dal Parlamento e pubblicato ieri sera in Gazzetta.

Si prevede inoltre l'inizio regolare del nuovo triennio (2023-2025), con decorrenza ordinaria dal 1° gennaio 2023. Prevista, infine, la possibilità di recuperare l'eventuale debito formativo dei trienni 2014-2016 e 2017-

2019, tramite crediti compensativi definiti secondo provvedimento della Commissione nazionale della formazione continua. Primo firmatario dell'emendamento che ha portato al testo definitivo in materia di ECM è il Senatore Francesco Zaffini, Presidente della Commissione 10<sup>a</sup> Affari Sociali e sanità. Grande la soddisfazione della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. "Ringraziamo il Presidente Zaffini – afferma il Presidente della Fnomceo, Filippo Anelli – per essersi fatto carico della delicata e importante tematica dell'aggiornamento dei professionisti sanitari, creando le condizioni per un

recupero dei crediti sia del triennio appena concluso che dei precedenti. Una sensibilità, la sua, che fa il paio con l'attenzione del Ministro della Salute, Orazio Schillaci, sulla questione dell'aggiornamento dei medici e degli operatori sanitari, che incide direttamente sulla qualità dell'esercizio professionale. Condividiamo quindi, insieme anche ai Sindacati medici, l'intenzione del Ministro, del Governo e del Parlamento di superare la logica delle sanzioni a favore di meccanismi di premialità e di un cambio di passo che renda la formazione sempre più aderente ai reali fabbisogni dei professionisti, valorizzando anche le esperienze sul campo".

## TAR Lazio - No ai pediatri stranieri con corsi di pochi mesi

**Non basta un corso estero di undici mesi per fare il pediatra in Italia: una sentenza del Tar Lazio evidenzia l'importanza del riconoscimento titoli effettuato dal Ministero della Salute.**

**Anelli (Fnomceo): "La legge che permette alle Regioni di impiegare professionisti stranieri derogando a questo passaggio va cambiata. Prevedere anche l'iscrizione agli Ordini italiani"**

Non possono essere equiparati un corso di undici mesi in neonatologia, frequentato all'estero, e la specializzazione in Pediatria, acquisita in Italia al termine della Scuola di quattro anni. A ribadirlo, il Tar del Lazio, che, con la sentenza n° 17328/2022, ha respinto il ricorso di una dottoressa russa, riconoscendo il corretto operato del Ministero della Salute, che le aveva negato il riconoscimento del titolo.

*"Una decisione che appare scontata – commenta il Presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, Filippo Anelli – ma che assume un significato particolare in un momento come questo, nel quale le Regioni impiegano colleghi stranieri saltando il fondamentale passaggio del riconoscimento dei titoli operato dal Ministero della Salute. Un passaggio che, come dimostra*

*la sentenza, non è solo formale, ma sostanziale: certifica, infatti, che tutti i medici e i professionisti che operano nel Servizio sanitario nazionale abbiano competenze uniformi e qualificate per svolgere le loro funzioni".*

Undici mesi scarsi contro quattro anni a tempo pieno: sono, rispettivamente, il tempo impiegato da un medico per conseguire, nella Federazione Russa, un "certificato di specializzazione in pediatria" e quello speso da un collega per conseguire, in Italia, la specializzazione in pediatria. Titoli differenti – hanno stabilito i giudici – non solo per il tempo necessario a ottenerli, ma anche per i contenuti: nel caso specifico, il corso russo trattava solo la neonatologia, che in Italia è considerata una branca della pediatria.

*"Eppure, se la collega in questione fosse stata assunta con la procedura emergenziale "in deroga" al riconoscimento titoli – spiega Anelli – non ci sarebbe stato probabilmente alcun distinguo, e avrebbe potuto esercitare come pediatra. È questo il motivo per il quale sosteniamo che la legge che permette alle Regioni di assumere medici stranieri derogando al riconoscimento dei titoli affidato, di norma, al Ministero della Salute crea disparità. Crea disparità rispetto ai professionisti italiani, che devono studiare dai 9 agli 11 anni per acquisire le*

*competenze necessarie a esercitare nel nostro Servizio sanitario nazionale, e poi iscriversi agli Ordini. Crea disparità rispetto a quei professionisti che sinora hanno seguito, come in questo caso, il normale iter. E, cosa più importante, crea disuguaglianze nell'accesso alle cure, perché i cittadini, a seconda della Regione in cui vivono, vengono affidati a professionisti con competenze e vincoli deontologici non uniformi"*

*"I medici stranieri chiamati in deroga, infatti – conclude Anelli – non sono sottoposti né a una certificazione approfondita delle competenze da parte del Ministero, né al controllo deontologico da parte degli Ordini, che non possono verificare neppure la conoscenza della lingua italiana, importante perché, come dice la legge, la comunicazione è tempo di cura. Per questo riteniamo che il provvedimento, voluto dalle Regioni per mettere una "toppa" a una situazione che esse stesse hanno contribuito a creare, con anni di tagli alla sanità e di programmazione "al risparmio" dei fabbisogni di specialisti, debba essere cambiato, prevedendo controlli e vincoli più stringenti, tra i quali anche l'obbligo dell'iscrizione agli Albi italiani. Non vogliamo certo impedire ai colleghi extracomunitari di esercitare in Italia: quello che chiediamo è che siano verificati i loro titoli".*

### CERTIFICAZIONI TELEMATICHE DI MALATTIA

Informiamo gli iscritti che la segreteria dell'Ordine è in grado di rilasciare ai medici che ne dovessero avere necessità le credenziali di accesso al portale INPS per la compilazione dei certificati di malattia a I personale dipendente. Per ottenerle è necessario accedere alla segreteria personalmente.

# Esoneri contributivi per l'assunzione di determinate categorie di soggetti

Art. 1, commi da 294 a 299, della Legge 22 dicembre 2022, n. 197 – Legge di bilancio 2023

Con la pubblicazione della Legge di Bilancio 2023<sup>[1]</sup> è stata tra l'altro resa definitiva una normativa di evidente interesse per la Categoria, relativa ad agevolazioni economiche per i MMG che intendano provvedere all'assunzione di personale nell'anno in corso. La norma infatti mira a sostenere eventuali assunzioni<sup>[2]</sup> concedendo un innalzamento del bonus contributivo fino ad un massimo di euro 8.000, per il solo anno 2023, negli specifici casi di:

- assunzione di giovani under 36,
- assunzione di donne
- assunzione di soggetti beneficiari di reddito di cittadinanza.

Si segnala che essendo tale opportunità riconosciuta ai datori di lavori, risulta a pieno titolo usufruibile dai medici di MMG per quanto concerne i rapporti di lavoro dipendente inerenti all'attività professionale. Analogamente, tale decontribuzione sarà applicabile alle strutture societarie eventualmente costituite per la condivisione dei costi nell'ambito dell'attività professionale, come nel caso, attualmente frequente, di costituzione di forme di cooperativismo tra Colleghi nelle forme associative. Di seguito vengono riepilogati gli aspetti principali relativi alla predetta agevolazione.

**- Decontribuzione giovani, Art. 1, comma 297: si applica alle assunzioni a tempo indeterminato, e per le trasformazioni dei contratti a termine in tempo indeterminato, per un periodo massimo di 36 mesi (tre anni).**

**È un esonero contributivo al 100%, fino a un tetto di 8mila euro per ciascun contratto.**

In alcune Regioni del Centro e del Sud (Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Sicilia, Puglia, Calabria e Sardegna) l'agevolazione si applica per quattro anni. In base alla proroga inserita in Legge di Stabilità, questa decontribuzione si può utilizzare per tutte le assunzioni effettuate nel corso del 2023.

**- Decontribuzione donne, Art. 1, comma 298:** è prevista per l'assunzione di donne disoccupate (ci sono diversi paletti relativi alla durata della disoccupazione, alla Regione, e al settore lavorativo di appartenenza<sup>[3]</sup>).

**È un esonero contributivo al 100%, fino a un massimo di 8 mila euro.**

L'assunzione deve determinare un incremento occupazionale.

La durata dell'esonero contributivo è di:

- n. **12 mesi**, in caso di contratto a tempo determinato;
- n. **18 mesi**, in caso di assunzioni o di trasformazioni a tempo indeterminato di contratti di lavoro con

personale femminile che si trova in una delle seguenti condizioni:

- almeno 50 anni di età e disoccupazione da oltre 12 mesi;
- qualsiasi età se residenti in regioni ammissibili ai finanziamenti nell'ambito dei fondi strutturali dell'Unione Europea prive di un impiego regolarmente retribuito da almeno 6 mesi;
- qualsiasi età se svolgono professioni o attività lavorative in settori economici caratterizzati da un'accentuata disparità occupazionale di genere e prive di un impiego regolarmente retribuito da almeno 6 mesi;
- qualsiasi età e ovunque residenti se prive di un impiego regolarmente retribuito da almeno 24 mesi.

**- Assunzione di percettori RdC, Art. 1, commi 294, 295 e 296:** Per ottenere lo sgravio, il contratto di assunzione di un percettore di Reddito di Cittadinanza deve essere a tempo indeterminato (può anche essere una trasformazione di un precedente contratto a termine).

Questo beneficio non riguarda i rapporti di lavoro domestico.

**Il beneficio consiste in un esonero contributivo al 100% per 12 mesi, nel limite massimo di 8mila euro su base annua.**

COMMISSIONE FISCO FIMMG

[1] Art. 1, commi da 294 a 299, della Legge 22 dicembre 2022, n. 197 – Legge di bilancio 2023

[2] In relazione alla corretta fruizione dei predetti incentivi corre, altresì, l'obbligo di precisare come l'efficacia delle misure agevolative sia subordinata alla preventiva Autorizzazione da parte della Commissione europea (Ai sensi dell'art. 108, par. 3, del Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea).

Le predette contribuzioni, pertanto, sempre che erogate prima dell'autorizzazione della Commissione Europea, potranno essere recuperate, successivamente, nel Mod. F24, nel rispetto delle istruzioni che saranno successivamente comunicate.

[3] Con riferimento all'esonero in oggetto, si rappresenta che la Circolare I.N.P.S. n. 32 del 2021, ha circoscritto l'ambito applicativo, oltre che per le assunzioni a tempo determinato o a tempo indeterminato, anche in relazione alla trasformazione a tempo indeterminato di precedenti rapporti agevolati.

# Sanità privata accreditata: il caos nei contratti di lavoro

DI FABIO FLORIANELLO  
E PIERINO DI SILVERIO

*Nelle stesse strutture ospedaliere private accreditate e in particolare nelle stesse Unità Operative coesistono una molteplicità di contratti con la conseguenza di una vera e propria situazione caotica e francamente mortificante: medici dirigenti, medici assistenti o aiuti, medici con contratto compatibilizzato col contratto pubblico, medici con contratto ad Personam, medici libero professionisti, sanitari non medici con qualifica di dirigente, sanitari non medici attribuiti al Comparto, sanitari non medici libero professionisti, medici di cooperative*

La notizia del controllo da parte del Ministero della Salute dei contratti di ASL e Ospedali, riportata dalla stampa (QS 16/12) e da tempo da noi sollecitato, non si estende ai contratti in vigore nel privato accreditato. E l'irrisolto problema del rapporto pubblico/privato rimane tra le molteplici criticità dimenticate dalla politica sanitaria del Paese limitata all'accredimento delle strutture e parzialmente delle prestazioni, come previsto dalla Legge 118/2022 (QS 13 settembre). Ma soprattutto lasciata alla frammentazione delle politiche sanitarie delle Regioni che hanno rinunciato a governare un rapporto divenuto ormai cruciale per la sopravvivenza del SSN, evitando per di più di applicare le regole di accreditamento riguardanti il Personale che, nel privato come nel pubblico, lavora per il SSN, ma con minori diritti e retribuzione. Rimane così ignorato quel punto 3 del Manifesto dei Medici Italiani, sottoscritto nell'aprile scorso da tutte le componenti mediche riunite dalla FNOMCEO: "Prevedere per il personale medico dipendente del privato, accordi contrattuali omogenei all'interno del SSN, pubblico e privato, garantendo una adeguata dotazione

qualitativa e quantitativa degli organici, un trattamento retributivo equiparato al settore pubblico, l'equiparazione dei titoli di carriera pubblico privato", che non rappresenta soltanto un punto programmatico, ma l'affermazione di un principio di riconoscimento al Personale a cui sono richiesti gli stessi requisiti e le stesse prestazioni dei Colleghi del pubblico, ma a cui non vengono applicate le regole di trattamento in parte previste dalla normativa di accreditamento.

A questo proposito appare emblematica la situazione a dir poco caotica in cui versano i Contratti in vigore nelle strutture private accreditate:

1. Contratto Nazionale AIOP/Medici: fermo al CCNL 2002/2005 con aspetti normativi del tutto obsoleti in cui, a titolo di esempio, il personale medico mantiene qualifiche e attribuzioni risalenti alla Legge 128/1969, vale a dire Assistente, Aiuto, Primario. Anche se l'articolo 7, ultimo paragrafo, proprio del CCNL/AIOP tuttora in vigore, prevede che l'attribuzione delle suddette qualifiche deve avvenire nel pieno rispetto della normativa nazionale e regionale vigente in materia. E sia nel pubblico che in alcune realtà del privato accreditato la qualifica attribuita ai medici prevista dalla attuale normativa è la dirigenza, in riferimento alla autonomia e responsabilità richiesta nell'esercizio della professione. Per quanto riguarda la retribuzione si va dai 15.000 ai 30.000€ in meno rispetto al contratto pubblico peraltro già inferiore rispetto a quanto avviene in Europa.
2. Contratto Nazionale AIOP/Non Medici, ossia Biologi, Farmacisti, Psicologi, Fisici, Chimici. È stato rinnovato nell'autunno 2020 per il triennio 2016/2019. Anche in questo caso il CCNL non riconosce a queste professioni la qualifica di

dirigente mantenendole nel Comparto in categoria E con retribuzione che va dai 20.000 ad oltre 40.000 € in meno rispetto al pubblico.

3. Contratto ARIS/Medici. È in vigore il CCNL 2020/2003 in seguito al venir meno del tradizionale contratto AIOP/ARIS, evidentemente per il riconoscimento da parte di ARIS dell'insostenibilità di mantenere un contratto fermo al 2002. È prevista l'attribuzione della qualifica dirigenziale, l'applicazione dell'esclusività di rapporto e una retribuzione dai 6.500 ai 14.000 € inferiori rispetto al pubblico.
4. Contratto ARIS Non Medici (Personale Sanitario, Professionale, Tecnico ed Amministrativo). Firmato il CCNL 2020/2022 con riconoscimento della dirigenza e retribuzione che va dai 14.000 ai 18.000 € in meno rispetto al pubblico.
5. Contratto Compatibilizzato con quello Pubblico. In numerose strutture accreditate a medici e sanitari non medici assunti prima del 2014 è applicato il CCNL compatibilizzato con quello pubblico, con il riconoscimento dello stato di dirigente, stesse voci retributive fisse, ma fermo al 2010 ossia senza i miglioramenti dell'ultimo Contratto pubblico 2016/2018.
6. Contratti decentrati.

Alcune strutture hanno da qualche anno introdotto Contratti locali che a partire dai CCNL in vigore, AIOP o ARIS, prevedono alcuni miglioramenti normativi e retributivi che li avvicinano parzialmente al contratto pubblico. Sono contratti che prevedono l'assorbimento delle modifiche a seguito di eventuali accordi nazionali.

7. Contratti con indennità ad personam. Un'ulteriore variante riguarda i medici specialisti di recente assunzione. Nella difficoltà diffusa in tutto il Paese di trovare medici, soprat-

tutto di alcune specialità, vengono assunti con uno dei Contratti sopra riportati con un'indennità aggiuntiva, non pensionabile e "riassorbibile" al momento dei rinnovi contrattuali nazionali.

8. Contratti Libero Professionali con mansioni e turnistica pari a quella dei dipendenti, minimi diritti normativi, entità dei compensi con modalità e tempi di erogazione da stipulare al momento del contratto.
9. Contratti con Cooperative/Imprese private che forniscono medici turnisti, per lo più a rotazione, con dubbia certezza dei titoli abilitativi e delle competenze rispetto alle specialità da coprire, non certo per responsabilità dei medici arruolati ma per le carenze di capitolati e protocolli varati nell'esclusiva preoccupazione di dare copertura al turno scoperto.

In sintesi, nelle stesse strutture ospedaliere private accreditate e in particolare nelle stesse Unità Operative coesistono una molteplicità di contratti con la conseguenza di una vera e propria situazione caotica e francamente mortificante: medici dirigenti, medici assistenti o aiuti, medici con contratto compatibilizzato col contratto pubblico, medici con contratto ad Personam, medici libero-professionisti, sanitari non medici con qualifica di dirigente, sanitari non medici attribuiti al Comparto, sanitari non medici libero professionisti, medici di cooperative. Tutti ad esercitare le medesime funzioni e prestazioni, ma con riferimenti normativi e retributivi completamente differenti.

Alla faccia della qualità della prestazione accreditata e garantita dal SSN. L'obiezione è che l'esistenza di contratti differenti in ambito di strutture private sia pienamente legittima, anche se la situazione descritta appare oggettivamente caotica, soprattutto per quella coesistenza di diritti, norme e retribuzioni differenti nell'ambito di una stessa Unità Operativa e nell'ambito di una stessa équipe. Tuttavia l'aspetto totalmente ignorato è che le strutture a cui si riferiscono i contratti sopra riportati sono accreditate in osservanza di requisiti e regole previste dal SSN, requisiti e regole di accreditamento delle strutture, delle prestazioni e del personale che le esegue, trattandosi

di prestazioni pubbliche comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza garantite dal SSN stesso. Non vi è dunque una totale libertà imprenditoriale nel trattamento complessivo del dipendente. Libertà eventualmente limitata ad accordi decentrati, mentre la parte che rientra nei requisiti di accreditamento deve rispettare regole comuni e nazionali. Diversamente si configura (come attualmente avviene) una situazione di personale low cost (QS 28 Aprile 2021) nell'ambito dello stesso SSN, con il risultato di un indebito costo inferiore delle prestazioni remunerate dal SSN in modo comune a tutte le strutture, pubbliche e private.

**Il SSN, infatti, non è un libero mercato dove l'iniziativa economica è libera, bensì un Servizio pubblico fondato su principi di accreditamento** che garantisce universalità, equità e uguaglianza delle prestazioni. Il contrasto con l'articolo 36 della Costituzione è evidente: "Il lavoratore ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro". Nel pubblico come nel privato. Non da ultimo si dovrebbe riflettere sulle conclusioni riportate dallo studio della Commissione europea del 2016 sul dumping sociale e salariale (Commissione per l'occupazione e gli affari sociali-Relatore Guillaume Balas) che punta il dito sullo sviluppo di **concorrenza sleale quando si pratici una riduzione illegittima dei costi operativi e di manodopera, con conseguente violazione dei diritti dei lavoratori e sfruttamento di questi ultimi nell'effettuazione di svariate prestazioni**. Il Parlamento europeo ritiene infatti che, pur non esistendo una definizione legalmente riconosciuta e universalmente condivisa di dumping sociale e salariale, non si debba dare copertura a pratiche intenzionalmente abusive ed elusive della legislazione europea e nazionale vigente (comprese leggi e contratti collettivi). Le conseguenze di tali pratiche e situazioni possono avere un impatto su tre fronti principali: economico, sociale, finanziario e di bilancio. Ancora di più, possiamo aggiungere, quando tali pratiche e situazioni siano realizzate in nome e per conto di un servizio pubblico.

FABIO FLORIANELLO

(FONTE QUOTIDIANO SANITÀ DEL 13/01/2023)

## In 1000 ogni anno...!

Mille all'anno: sono i medici italiani che richiedono i certificati per trasferirsi all'estero. A comunicare il dato, che conferma il trend reso noto ieri dal Ministro della Salute Orazio Schillaci, è il presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Filippo Anelli, intervistato da Tgcom24.

Tra le cause di questa "fuga", che la federazione denuncia da tempo (è del 2019 a campagna "Offre l'Italia") la scarsa qualità di lavoro e di vita, gli stipendi non adeguati, la mancanza di sicurezza che mette gli operatori a rischio anche di aggressioni.

Secondo Anelli, *"la programmazione deve riguardare il prossimo decennio. Attualmente siamo ai primi posti in Europa per il rapporto tra medici e abitanti: ne abbiamo 4 ogni mille, contro la media Europea di 3,8. Negli Usa il rapporto scende a 2,5 medici ogni mille abitanti". "Se vogliamo mantenere questo rapporto - ha spiegato - vanno bene i 14000 posti a Medicina, se aumentiamo avremo più medici ma resterà il fenomeno della scarsa attrattività del nostro Servizio sanitario nazionale" che è il vero motivo per cui i medici si trasferiscono all'estero o "preferiscono fare i gettonisti", per un miglior equilibrio tra lavoro e vita privata.*

*"Un'organizzazione, questa, a turni che compromette quel rapporto continuativo che è tipico della professione medica ed è una distorsione del sistema". "Il numero programmato - ha concluso Anelli - va quindi mantenuto, anche perché abbiamo vissuto il dramma dell'imbuto formativo, con migliaia di medici laureati, abilitati, che non potevano specializzarsi e quindi lavorare. Da qui il disagio, la voglia di fuggire all'estero, ma anche la difficoltà di tante famiglie. Credo non sia giusto provare a risolvere il problema penalizzando i giovani".*

# Non è un SSN per giovani: un'analisi Cogeaps - Fnomceo conferma la fuga dalle specialità più a rischio

Sono 270mila i medici specialisti italiani attivi sul campo. Lo rileva un'analisi condotta dal Cogeaps, il Consorzio della Gestione anagrafica delle professioni sanitarie, che ha elaborato una stima quantitativa dell'attività svolta dai professionisti iscritti agli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri sulla base della formazione prevalente, i cui risultati saranno resi noti nei prossimi giorni e sono stati oggi parzialmente anticipati alla Fnomceo.

“Un numero complessivamente alto - commenta il Presidente del Cogeaps, Roberto Monaco, che è anche Segretario Fnomceo - che coincide in maniera sostanziale con i dati della Fnomceo, considerando che non tutti i medici comunicano i loro titoli e che il titolo di specializzazione non sempre combacia con l'attività esercitata”. “Se però - specifica - andiamo a vedere il quadro demografico, ottenuto incrociando i dati Cogeaps con quelli Fnomceo, notiamo due fenomeni. Il primo è che siamo ormai arrivati al picco della cosiddetta “gobba pensionistica”, il grafico che conta i professionisti in uscita: la fascia di età tra i 64 e i 73 anni è infatti quella numericamente prevalente per tutte le specialità.

Il secondo, ancora più preoccupante, è che si nota un netto calo dei giovani medici che scelgono alcune specialità considerate più a rischio di denunce o comunque con un peggior rapporto tra gratificazioni e frustrazioni.

Ecco allora che, mentre in alcune specialità, come allergologia, dermatologia, epidemiologia, il numero di medici con meno di 34 anni è

confrontabile con quello della fascia di età successiva, i giovani **anestesiisti** sono meno della metà di quanti ci si attenderebbe per mantenere costante nel tempo il loro numero. E così i **cardiochirurghi, i chirurghi generali, i ginecologi ostetrici**”.

“Questo andamento fa il paio con i dati diffusi ieri dal sindacato Anaa-Assomed - aggiunge il Presidente della Fnomceo, Filippo Anelli - sulle “borse” di specializzazione non assegnate o abbandonate: le branche che sono state le più sollecitate durante la pandemia, insieme a quelle che già da prima hanno maggiori oneri e minori onori, come la medicina di emergenza-urgenza, sono ora le meno ‘gettonate’.

Mentre le più richieste sono le specialità che consentono di trovare impiego nel privato o di svolgere la libera professione”. “Se a questi numeri aggiungiamo quelli sui mille medici che ogni anno si trasferiscono all'estero, o, ancora, quelli sul boom di cause e denunce che, come titolava La Stampa pochi giorni fa, conta oltre 300 mila processi pendenti nei palazzi di giustizia, anche se la responsabilità medica viene accertata solo nel 15% dei casi, gli indizi diventano una prova: il nostro non è un Servizio sanitario nazionale per giovani”. “Bisogna agire - conclude Anelli - e bisogna farlo subito. Il rischio è quello di una sanità pubblica depauperata di specialisti, soprattutto in alcune branche.

È inutile aumentare gli accessi a Medicina se non si rende attrattiva la professione, soprattutto in quei settori dove la qualità di lavoro e di vita degli operatori è ormai ai mini-

mi termini. Occorre dunque investire sui professionisti, sugli organici, sulla sicurezza, sulle condizioni di lavoro.

E, contemporaneamente, far sentire protetti i medici, tutelandoli da controversie temerarie, fermo restando il diritto del cittadino al giusto risarcimento. Non sono più rinviabili interventi normativi che, attirando i professionisti, salvino il nostro SSN da una fine certa per consunzione”.

## PENSIONATI E CREDITI ECM

*I medici in pensione che, seppur iscritti all'Albo professionale, non svolgono più l'attività non sono tenuti ad assolvere gli obblighi ECM. Laddove il medico, ancorché in pensione, svolga attività libero professionale, l'obbligo di aggiornarsi rimane sia dal punto di vista deontologico, sia sotto il profilo di legge.*

## Essere medico a Lampedusa: tra speranza, morte e ferite invisibili

Indossare il camice a Lampedusa significa stare sul confine fragile che separa la speranza e la morte. In quel punto sulla cartina del Mediterraneo, al centro delle rotte dei migranti "è come stare in guerra", racconta al Giornale della previdenza Veronica Billeci, da due anni medico del servizio di continuità assistenziale di Lampedusa impegnata sul fronte dell'emergenza sbarchi. Medico di medicina generale, la 34enne dottoressa di Partinico, in provincia di Palermo, ha iniziato l'attività professionale nel 2016, con il progetto di aprire il suo studio da medico di famiglia nel 2023. "Ci troviamo ad assistere file lunghissime di umana disperazione. In estate ci sono anche più di 20 sbarchi al giorno, ma anche a dicembre e gennaio, con il mare favorevole, c'è stata una media quotidiana di 12-14", spiega Billeci, che si è unita alla piccola equipe dei sanitari di Lampedusa "per una particolare sensibilità umana ai temi dell'immigrazione e dell'integrazione".

### CENTINAIA DI OCCHI NELLA NOTTE

"Il mio primo servizio a Lampedusa è stato nel febbraio 2020, di notte. Eravamo stati allertati dalla Guardia costiera – continua il racconto della dottoressa – poi nel buio abbiamo iniziato a scorgere tanti pallini bianchi. Erano gli occhi sbarrati dei migranti, che si avvicinavano a bordo di un barchino. Centinaia di occhi stremati, che in maniera molto ordinata scendevano a terra e seguivano le indicazioni delle forze ordine". Nel molo trasformato in un locale per il triage a cielo aperto, la priorità va ai pazienti gravi, che bisogna trasferire in ospedale con l'elisoccorso. Di quelle fiamme sopravvissuti del mare, i medici segnalano i cronici che devono seguire terapie, le donne incinte e i minori. "Alcuni di loro – spiega Billeci – attraversano il Mediterraneo anche solo per accedere all'as-



sistenza sanitaria". Sull'isola i turni sono continui, il tempo a disposizione dei sanitari è poco e il dialogo con i pazienti necessita l'aiuto di assistenti sociali e di un dedicatore culturale. "Negli ultimi anni sono stati fatti grandi passi – dice il medico di medicina generale – ma nel poliambulatorio di Lampedusa siamo un numero limitato di sanitari, con poca strumentazione per gestire emergenze".

### LA FIUMANA DI PAZIENTI

Dalla fiumana dei migranti, le storie personali emergono prima di tutto dalle ferite. Raccontano di traversate nel deserto e poi via mare, della lotta contro il freddo, la fame e la sete, spalla a spalla con un compagno di viaggio ormai esanime da ore o tenendo in braccio il proprio bambino che ormai non ce l'ha fatta. "Negli ultimi mesi sono giunti al molo ragazzi in ipotermia, uomini e donne abusati, naufraghi, ustionati gravissimi, piccoli corpi carbonizzati. Scene inenarrabili per un Paese occidentale del Ventunesimo secolo". Scene impreviste anche agli occhi di un medico. "Prima di doverle trattare per lavoro – racconta Billeci – non avevo idea che ci potessero essere ustioni chimiche da idrocarburi, di persone che hanno passato ore in un barchino in cui si è rovesciata una tanica di carburante. Quando li vedi vestiti, inizialmente non pensi che sotto gli abiti la loro pelle possa essere

ustionata". Ma i medici di Lampedusa raccontano anche le ferite invisibili, lasciate dalle violenze psicologiche subite, dalle disavventure affrontate, dal peso del senso di colpa per essere sopravvissuti ai propri compagni di viaggio. Fragilità, sostiene la dottoressa in servizio sull'isola, che spetta ai medici riconoscere.

### LA VITA E LA MORTE

E poi c'è chi non ce l'ha fatta, che ha perso la vita in quel tratto di mare trasformato in un cimitero dell'immigrazione. "Nell'ultimo mese ho vostro troppi bambini morti, come non mi era capitato in due anni", dice Billeci. L'ultima piccola vittima è una bimba di quattro anni, morta annegata dopo un naufragio. Quando il suo piccolo corpo è stato messo a disposizione dei sanitari sull'isola non c'era più niente da fare. Ma anche sul confine sottile di Lampedusa la cronaca racconta storie di vita. Quella di Fatim, la bimba che per nascere non ha voluto attendere nemmeno l'attracco della motovedetta della Guardia costiera, che a dicembre scorso aveva soccorso la madre originaria della Costa d'Avorio assieme ad altre 42 migranti. La bimba è nata sul pavimento sottobordo dell'imbarcazione. "Per una volta – commenta la dottoressa siciliana – ho sentito come un senso di rivincita. Per una volta aveva vinto la vita".

ANTIOCO FOIS

## In ricordo di Gianfranco Pistolesi 1927/2022

22/12/2022

Gianfranco Pistolesi era un uomo inusuale e così ho ritenuto congruente ricordarlo in modo analogo evitando, cioè, di elencarne la carriera ed i meriti scientifici per raccontare, invece, un episodio della sua attività professionale a Verona che descrive molto bene quale fosse la sua personalità.

Eravamo alla fine degli anni 90 e la regione Veneto aveva dato disposizioni alle Unità sanitarie locali di attivare lo screening a chiamata gratuita dei tumori al seno. Si trattava di una scelta importante dato che contrastava la situazione esistente che vedeva usufruire di questo provvedimento di prevenzione, di sicura efficacia, solo quella parte della popolazione femminile che, per cultura e censo, si faceva seguire, autonomamente, da radiologi privati.

La chiamata attiva costituiva, invece, uno stimolo importante a tutte le donne a sottoporsi allo screening.

Un'operazione di questa portata (che coinvolgerà, ogni anno decine di migliaia di donne solo nella ULSS 25, presentava problemi logistici ed organizzativi imponenti nonché il reperimento di risorse amministrative, tecnologiche e professionali che solo in parte venivano fornite dalla Regione. In ogni caso iniziammo ad organizzare l'attività trovando, così come i colleghi territoriali di Padova, delle difficoltà insormontabili nell'opposizione di una serie di colleghi radiologi che contestavano la scarsa efficacia delle modalità tecniche dello screening che prevedeva il solo uso della radiografia ma non quella di un'ecografia aggiuntiva che aumentava il tasso di identificazione delle lesioni sospette; questo accertamento aggiuntivo non rientrava, infatti, negli standard internazionali adottati dato che sarebbe stata incompatibile con un intervento di massa che si proponeva di rivedere tutte le donne ogni due anni.



La situazione era ormai impantanata e, a quel punto, la Direzione generale dell'ULSS decise di tentare di rimuovere gli ostacoli tramite il coinvolgimento del Prof. Pistolesi. Eravamo, infatti, ben consci che se avessimo avuto la "benedizione" di Pistolesi, nessun altro radiologo avrebbe sollevato obiezioni. In qualità di Direttore Sanitario chiesi, quindi, un appuntamento che mi fu concesso a Borgo Roma alle 8 di sera in un servizio di radiologia ormai deserto.

Mi presentai all'incontro con un fascio di lavori internazionali che avallavano la mia proposta; fui accolto con freddezza dato che entrambi ricordavamo bene che l'ultima volta che ci eravamo visti, nel 1972, io, in qua-

lità di presidente dell'assemblea degli studenti avevo fatto occupare l'aula magna, impedendogli di fare lezione, per protesta contro l'abitudine medioevale (non sua ma di un suo collega) di portare in aula magna un paziente in barella da esibire agli studenti.

Gli esposi il problema dello screening, utilizzando rigorosamente il Lei nei suoi confronti che usava il tu verso di me, e gli consegnai la documentazione chiedendogli di farmi sapere il suo parere. Accettò il fascicolo di lavori, mi disse che lo avrebbe letto anticipandomi che era poco convinto della bontà di quello che veniva fatto nel resto del mondo occidentale.

L'incontro fu breve e mi predisposi ad attendere, con poche speranze, una risposta che si concretizzò, quindici giorni dopo, con una telefonata della sua segreteria che mi riconvocava alla stessa ora nello stesso posto.

Tornai, leggermente ansioso, data la consapevolezza che in caso di un suo diniego non sarei riuscito mai a far partire il programma, così come non riusciva a farlo partire l'ULSS di Padova. L'apertura di inizio fu parzialmente diversa dal primo incontro; dopo che mi fui seduto, mi allungò una ciotola di cioccolatini invitandomi a prenderne UNO.

Infine mi comunicò che aveva letto attentamente i documenti che gli avevo portato e che si era convinto che, se si fosse riusciti a montare una mac-





china efficiente di chiamata delle donne, c'era effettivamente la possibilità di intercettare un numero considerevole di tumori mammari operabili. Rinfrancato, a quel punto, gli proposi, a nome dell'ULSS, sapendo che la sua età di pensionamento si avvicinava, di assumere la direzione del programma.

Ci pensò su un attimo e mi comunicò che era disponibile a farlo se accettavo tre condizioni: la prima era che voleva decidere lui come condurre il programma e la seconda non voleva essere retribuito per la sua direzione. Avevo già previsto e discusso queste sue richieste e quindi le accettai senza problemi; la terza richiesta, invece, non l'avevo messa in conto e mi lasciò interdetto. Si trattava di trasportare a Marzana, sede che avevamo individuato come centro dello screening mammario, la sua panchina rossa e la sua tavola di cemento che aveva fatto installare a Borgo Roma, di fronte all'autostrada, più i sei alberi che vi aveva piantato attorno.

Era un'installazione ormai entrata nella leggenda dato che lui soleva trascorrervi le ferie di Ferragosto ed inviare, da lì, i suoi auguri fotografici ai colleghi che erano andati in ferie. Aveva completato l'opera inserendo su tavolo e panchina delle targhette irridenti ed apotropiche. (vedi foto) Risposi che su questa richiesta gli avrei dato una risposta in un secondo tempo e tornai preoccupato alla mia direzione dato che sapevo, fin troppo bene, che i rapporti fra i due direttori generali (dell'ULSS territoria-

le e di quella ospedaliero-universitaria) erano, in quel momento, largamente conflittuali; mi venivano i sudori freddi al solo pensiero di aprire una trattativa, che prevedevo lunghissima, per portar via dall'Azienda Ospedaliera quanto richiesto.

La sera stessa iniziammo a discutere (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, io e l'Ingegnere capo dell'azienda territoriale, Locatelli) su come risolvere il problema. Scartammo subito l'ipotesi che fosse avanzata una proposta formale all'Azienda Ospedaliera di avere alberi, tavolo e panchina, e optammo per un'altra soluzione non propriamente ortodossa.. Per fortuna (mia e delle donne della città) l'Ing. Locatelli era uomo dotato di inventiva e spregiudicatezza e si offrì di organizzare il trafugamento. Due giorni dopo, alle 6 di mattina, si presentarono alla sbarra del Policlinico di Borgo Roma un camion dotato di gru guidato dall'Ingegnere Locatelli

ed un camioncino di operai e giardinieri. Gli addetti alla sbarra conoscevano bene l'Ing. Locatelli, che aveva diretto per anni l'ufficio tecnico di quella struttura e, così, non indagarono oltre sulla sua affermazione che doveva fare "dei lavori"; alzarono la sbarra e lasciarono entrare, ignari, la mini colonna di incursori.

In breve tempo, tavolo, panchina ed alberi furono spiantati, caricati, trasportati a Marzana e ripiantati secondo le minuziose indicazioni impartite dal Prof. Pistolesi.

Verso le 10 Locatelli mi informò del successo dell'operazione, mettendo fine alla mia attesa ansiosa.

Telefonai a Pistolesi e gli riferii l'accaduto aggiungendo, per scrupolo, che secondo i giardinieri non tutti gli alberi sarebbero sopravvissuti all'intervento. "Cosa vuoi, caro, abbiamo fatto quello che potevamo fare" fu la sua risposta e da quel momento pretese che mi rivolgessi a lui utilizzando il tu.

Fu così che nacque il centro senologico di Marzana, inaugurato il 4 giugno del 1999, dotato di mammografi di ultima generazione (grazie al generoso contributo della Fondazione Cariverona) e di personale di grande qualità.

La popolazione che poteva usufruire dello screening era di circa 58.000 donne e dato che l'invito allo screening era previsto ogni due anni, la popolazione che veniva controllata ogni anno era di 29.000 donne.

Il centro si rivelò uno dei migliori (se non il migliore) attivati in regione e fu plasmato e diretto a lungo da lui.

MASSIMO VALSECCHI



# LEONARDO TARGA, medico, filologo, archeologo, numismatico e rinomato editore di Celso

di **GIANNA FERRARI DE SALVO**

Scrivere ancora una volta sul medico veronese Leonardo Targa può sembrare ingenuità o presunzione. Tuttavia, il presente contributo si propone di offrire un piccolo tassello per completare la figura di questo personaggio e di alcuni suoi consanguinei.

Solo a partire dal 1666 troviamo certo Giovanni Battista Targa<sup>1</sup> descritto come garzone nella stamperia Merlo, mentre nel 1717, tra gli stampatori di Verona compare il nome di suo figlio Angelo. Nel 1730, dopo tredici anni di vuoto documentario ecco di nuovo la presenza di Angelo, stampatore e libraio con una propria officina tipografica e libreria in Santa Maria Antica che qui operò dal 1730 al 1751 con il motto *Impresa alla Fenice*<sup>2</sup>. Suo fratello Francesco (1703-1735)<sup>3</sup>, pure libraio, fu affiancato per breve tempo da un altro fratello, Gasparo Antonio (1704-1792), dottore in legge e stampatore, titolare e gestore della bottega con Angelo, che, in una lettera del 1744 indirizzata a Ludovico Antonio Muratori, ribadisce di non essere libraio, «ma piuttosto sarei avvocato senonché il mestiere mi riesce di fatica e lo veggio pericoloso per la moda con cui viene esercitato»<sup>4</sup>. Gasparo, padre del nostro dottor Leonardo, morì a 88 anni nella sua casa in contrada San Vitale il «6 settembre 1792 alle ore 15 per decubito di vecchiaia (immobilizzato a letto) in mesi 8, curato dal <figlio> dottor Targa»<sup>5</sup>.

Gasparo era figlio di altro Leonardo e di Angela Rigo. Quest'ultima, aveva dettato il testamento al parroco di San Vitale il 17 ottobre 1740. Chiedeva di essere sepolta nella chiesa

di tale contrada, all'altare della Beata Vergine, dove già riposava il marito. A Gasparo, suo erede universale, legava «sette-ottocento - o anche mille ducati che dovevano essere investiti nell'acquisto di una casa» supplicandolo, quasi, di ricordarsi «con chi aveva a che fare» (forse un'allusione alla sua futura seconda moglie?). Altri legati li disponeva in favore delle figlie Angela e Teresa e dei nipoti Leonardino (il medico, n.d.r.) e Agostino. A Leonardino lasciava, oltre a una somma di danaro, anche un bacile d'argento<sup>6</sup>.

Leonardo Giuseppe Maria nacque a Verona il 20 ottobre 1729 dal già menzionato Gaspare/o Antonio e da Flora Cagnoli<sup>7</sup>, «onesti e non volgari genitori, ambedue veronesi», come recita l'elogio funebre del dottor Giovambattista Zoppi<sup>8</sup>, e fu battezzato nella chiesa di San Tomaso Cantuariense; suo padrino fu il dottor in legge Giuseppe Micheli della contrada di Santa Cecilia. L'atto di battesimo è riportato in un volumetto scritto da Francesco Scarcella; purtroppo, le date risultano confuse e non attendibili<sup>9</sup>.

A 13 anni Leonardo iniziò a studiare greco e latino presso l'abate domenicano Pio Rossini, «valente grammatico e nelle latine lettere espertissimo», e filosofia e dialettica nelle scuole dei padri domenicani di Santa Anastasia. A 18 anni si trasferì a Padova per frequentare la facoltà di Medicina. I suoi insegnanti furono tra i più illustri dell'epoca: l'abate Cagnolato<sup>10</sup>, l'abate Facciolati<sup>11</sup>, Morgagni<sup>12</sup>, Piacentini<sup>13</sup>, Pontedera<sup>14</sup>. Intervallò gli studi medici con quello dei classici greci e latini; una grande passione che coltivò tutta la vita lo attraeva verso questi ultimi. Subito dopo la laurea, conseguita il 22 gennaio 1750 con approvazione del 14 marzo seguente, l'8 settembre

faceva registrare il suo diploma all'Ufficio di Sanità di Verona<sup>15</sup>. Per intercessione del medico Giovanni Dalla Bona<sup>16</sup>, sotto la cui direzione aveva espletato gli obblighi sei mesi di tirocinio, ottenne la Condotta Medica della Comunità di Illasi, dove rimase per nove anni, godendo della stima e con la soddisfazione degli abitanti. Passò poi «con disinvoltura, dalla medicina campestre alla cittadina», ma poco tempo dopo il suo rientro in città lo assalì un «terribile male si manifestò con sputo di sangue che gli scoppiò con tosse dal petto». In compagnia del giovane Cosmi<sup>17</sup>, pure tisico, che sperava di poter guarire con l'aria balsamica del golfo di Napoli, come propagandavano i medici partenopei, partì alla volta di quella città. Dopo poco tempo il Cosmi perse la vita e Targa, rimasto solo, si recò a Roma per poter consultare gli otto codici celsiani presso la Biblioteca Vaticana; poi fu a Firenze per esaminare gli altri sette della *Medicea*. In entrambe le città ebbe modo di conoscere insigni studiosi, apprendere nuove notizie e osservare rari oggetti d'arte<sup>18</sup>.

## **Medico, numismatico e editore di Celso**

Seguace in particolare delle scuole mediche toscane e bergamasche, Targa fu moderato nell'uso di farmaci che prescriveva con grande parsimonia e nei suoi discorsi non mancava di lodare i rinomati medici Francesco Redi<sup>19</sup> e Antonio Cocchi<sup>20</sup>. Fu perspicace investigatore delle malattie, non ricorse di frequente al salasso come altri colleghi, limitandosi a prescrivere una dieta rigidissima o il salasso bianco (così chiamavano i francesi il semicupio). Talvolta consigliava di mettere nella stanza del malato piante ed erbe odorose raccomandando di cambiare

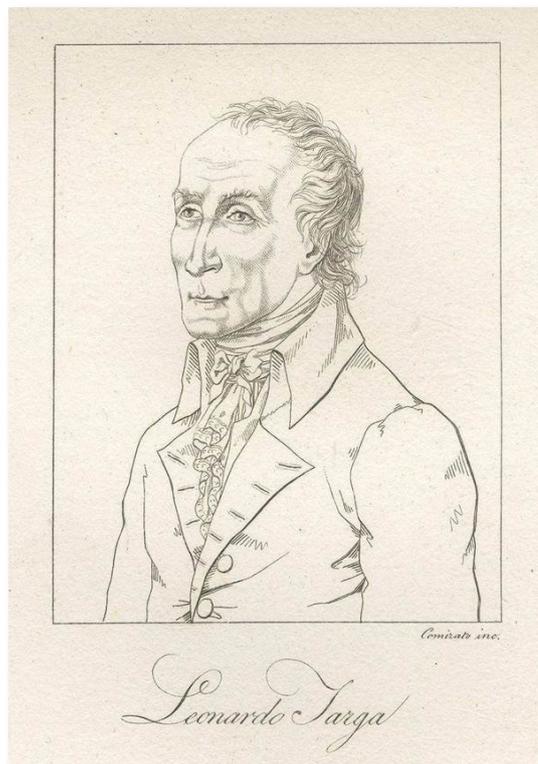
spesso l'aria. Amico e consolatore dei suoi pazienti, che lo consideravano come un padre amoroso, se chiamato di notte non temeva di attraversare la città, anche se ciò comportava grave disagio e pericolo. Come Ippocrate, dava molta importanza ai sogni. Raccolgeva notizie sui malati dai congiunti e dalla servitù, avvalendosi con le dovute riserve. Si soffermava a osservare minuziosamente il malato porgendogli delle domande. Aveva imparato dal Morgagni e da Giovanni Dalla Bona, che l'avevano eletto loro amico e confidente, che la vera medicina sta nell'osservazione del malato, e riteneva che i farmaci altro non fossero che un semplice aiuto. Scettico sui progressi della scienza medica, ostile ai sistemi moderni, era sostenitore della medicina preservativa confidando nelle regole del vivere e nell'astinenza<sup>21</sup>.

Il suo motto, noto in Verona, era «per ogni malato un sistema». Aveva una particolare precisione nel diagnosticare le malattie, e «al taglio del cadavere» lo stupore dei chirurghi era grandissimo; tutto corrispondeva alla diagnosi fatta da lui poiché «sembrava che penetrasse con gli occhi nei corpi vivi, o questi si facessero innanzi a lui trasparenti»<sup>22</sup>. Dopo il viaggio a Napoli, che per sua stessa ammissione sembrava non avergli per nulla giovato, sputò nuovamente sangue e così si attenne ad un regime ancora più austero, con cibo «sottile e studiato». Pago del poco e grande risparmiatore fino ad essere considerato avido e avaro, di animo buono e pietoso, sembrava personificare anche fisicamente il medico romantico poiché dalla sua faccia traspariva una grave malinconia, probabile conseguenza della debole salute.

Uomo umile e semplice, non esternò mai le sue opinioni politiche e, pur amando la solitudine, s'intratteneva in compagnia di dotti amici senza dare mai sfoggio della sua erudizione. Dotato di sorprendente memoria e di voglia di apprendere, spaziava per il vastissimo campo dello scibile, si dilettava in storia, in letteratura, in poesia, amava lo studio dell'antichità, dei classici greci, latini e italiani senza perdere mai di vista la Medicina, suo fine primario.

La fama di medico preparato si era sparsa ovunque, superando persino i confini di Verona. Il conte Carlo Giuseppe Firmian (1716-1788), plenipotenziario e governatore generale della Lombardia austriaca, che andava cercando i migliori talenti per il nascente ateneo di Pavia, il 6 agosto 1769 gli scrisse invitandolo a occupare la cattedra di Istituzioni Mediche. Purtroppo, Targa fu costretto a rifiutare a causa della cagionevole salute e poco dopo fu sostituito dal dottor Borsieri<sup>23</sup>.

Targa tenne corrispondenza con medici illustri, con famosi archeologi e numismatici italiani ed esteri; fu aggregato all'Accademia dei Curiosi della Natura in Norimberga, all'Etrusca di Cortona, a quella di Scienze e Lettere di Padova, alla Società di Medicina di Venezia, ma non alle Accademie di Verona e in particolare all'Aletofila, nonostante fosse composta soprattutto da medici<sup>24</sup>. Coltivò la passione per la numismatica, formando negli anni una scelta e considerevole collezione di medaglie antiche delle quali era assai esperto e per questo consultato da molti collezionisti<sup>25</sup>. In tale materia, mantenne un fitto scambio epistolare anche con il canonico Gian Giacomo Dionisi<sup>26</sup>, altro noto collezionista veronese; di tale corrispondenza si conservano ben 79 lettere datate dal 1763 al 1797<sup>27</sup>. La raccolta del Targa comprendeva 3400 medaglie fra etrusche, greche, romane e del Basso Impero, oltre 100 delle quali d'oro, più di 1.000 in argento, e il rimanente in bronzo. Alcune talmente rare da non comparirne di uguali nei principali musei europei. Pare, che ancora vivente, abbia voluto elargirla al già splendido museo dell'amico conte Jacopo Verità<sup>28</sup>, ma la notizia viene smentita da Carlo Cipolla<sup>29</sup> che assegna tale donazione ad Angelo Maria Bandini dotto bibliotecario della Marcelliana e della Laurenziana di Firenze<sup>30</sup>. Quando ne-



gli anni '60 del '700 il Muselli<sup>31</sup> si fece carico del riordino del Museo Lapidario di Verona, Targa fu suo valido collaboratore nella seconda redazione del *Museum Veronense*, una schedatura per fornire una completa analisi dei reperti, integrare paleografia-storia-rilievo archeologico e ricostruzione collezionistica. Dopo la morte del Muselli nessuno, neppure Targa si preoccupò di dare alle stampe il catalogo, nonostante il manoscritto fosse ultimato<sup>32</sup>.

La formazione culturale umanistica aveva grande rilievo nella vita di questo medico, tanto da fargli abbinare le lettere alla medicina. Le sue preferenze furono dedicate agli otto libri della medicina di Aulo Cornelio Celso, consapevole delle molte imprecisioni che costellavano sia le vecchie che le nuove edizioni<sup>33</sup>. Il suo complesso e paziente lavoro di trascrizione e collazione dei nuovi codici fu reso difficile dalla sua precaria condizione fisica, ma arrivò comunque a compimento nel 1766. L'opera, finalmente stampata a Padova nel 1769, fu accolta favorevolmente dalla critica e da molti studiosi. Nel frattempo, essendo venuto a conoscenza dell'esistenza di altri codici, dopo il 1780 decise di curarne una nuova e più completa pubblicazione.

## Verso il tramonto

Già sessantunenne, Targa, il 27 agosto 1780 veniva eletto, per decreto del doge Renier<sup>34</sup>, professore di Medicina Teorica e Pratica in Padova in sostituzione del defunto professore Fortunato Bianchini<sup>35</sup>. Poco dopo fu costretto a rinunciare a quella cattedra a causa di ulteriori gravi problemi di salute, così dedicò il suo tempo esclusivamente agli amati studi su Celso<sup>36</sup>. All'opera, edita nel 1810 a Verona dalla tipografia dell'erede Merlo, fu aggiunto il *Lessico Celsiano* e alcune riflessioni sul prenome (Aulo e non Aurelio), sulla patria (Roma), sulla data di nascita e sulla professione di Celso. Sfortunatamente, quest'ultima edizione, che vide la luce solo alla fine del 1814, risultò piena di errori tipografici dovuti, forse, alla mancata vigilanza dell'erede dell'editore Merlo, «ormai vecchissimo e cagionevole assai», che non ebbe la possibilità di correggere l'imperdonabile negligenza e inesperienza dell'impressore<sup>37</sup>. Targa, profondamente amareggiato, iniziò a sistemare con grande fatica quest'ultima edizione. Si disse che il dispiacere procuratogli da tale fallimento fu così devastante da accorciargli la vita<sup>38</sup>. Una flogosi polmonare lo uccise in soli 5 giorni, a 85 anni e 5 mesi<sup>39</sup>.

Medico valente, generoso, caritatevole, filologo prestantissimo, valoroso archeologo, amato in vita e compianto in morte da ogni ordine di cittadini, visse celibe e amareggiato da dissapori familiari insorti dopo le seconde nozze del padre, celebrate nel 1741 con Margherita del fu Paolo Antonio Rotari e di-Angela Zanoni, dalla quale ebbe Luigi, Angelo e Fiore. Questi «amatissimi figli» sono nominati nel testamento della matrigna dettato il 7 giugno 1789<sup>40</sup>. Alla morte del padre, avvenuta nel 1792, Leonardo risulta separato dalla famiglia d'origine da ben 27 anni, che trascorse nella casa dell'amico Carlo Pandolfi<sup>41</sup> dal quale ottenne affettuosissime cure fino alla fine dei suoi giorni<sup>42</sup>.

Le sue esequie, celebrate solennemente in Santa Maria della Scala, alle quali intervennero le più alte cariche della città e numerosi cittadini, furono a cura dell'erede Pandolfi, mentre la sua memoria fu onorata dal medico Giovan Battista Zoppi che gli dedicò una pubblica orazione<sup>43</sup>.

Il Pandolfi a lato della porta di quella chiesa fece porre la seguente epigrafe:

MEMORIAE ET HONORI  
LEONARDI TARGAE  
QUI MEDICINAE DOCTRINA  
REI NUMMARIAE VETERIS  
ET LATINARUM LITTERARUM  
PERITIA CLARUIT  
JOSEPHUS PANDULPHUS  
HERES EX ASSE SCRIPTUS  
B.M.F.  
AN. MDCCCXV

Targa fu inumato a Garda nell'oratorio della villa dell'amico conte Alberto degli Albertini, dove lo ricorda questa lapide:

LEONARDO TARGAE  
DOMO VERONAE  
MEDICO PERILLUSTRI  
NUMMARIAE VETUSTATIS  
APPRIME PERITO  
LATINISQUE LITTERIS PREASTANTI  
ALBERTUS ALBERTINUS  
AMICO DULCISSIMO B.M.  
LOCUM SEPULTURAE QUEM EXPETIVERAT  
DEDIT ET TIT. F.  
AN: MDCCCXV  
VIXIT AN. LXXXV

Il Municipio di Verona stabilì che nella chiesa di Santa Anastasia venisse eretto un cenotafio con busto in marmo, scolpito da Antonio Spazzi<sup>44</sup> su progetto del noto ingegnere e architetto veronese Luigi Trezza (1752-1823) con la seguente iscrizione:

LEONARDO TARGAE  
MEDICO ET PHILOSOPHO  
PRAESTANTISSIMO  
QUI VIXIT AN: LXXXV MENS. V  
VERONENSES  
PUBBLICE  
MDCCCXV

Le tre iscrizioni sono opera di Benedetto del Bene<sup>45</sup>.

Nell'aprile 1956, la Commissione di Toponomastica del Comune di Verona deliberò di intitolare una via a questo celebre concittadino nel quartiere di Borgo Venezia.

## Il testamento

Il rinvenimento del testamento olografo, redatto il 25 febbraio 1807 da Leonardo Giuseppe Targa in casa

dell'amico Giovanni Pandolfi nella parrocchia di San Nicolò, ci permette di confermare quanto scrisse Del Chiappa: «Si distinse per la pietà filiale e domestica, poiché sostenne la sua famiglia che era immersa nello squalore della miseria»<sup>46</sup>. Del resto, anche alla morte del padre, Leonardo aveva dimostrato la sua generosità verso i fratelli rinunciando alla sua parte di eredità e impegnandosi a pagare i debiti che gravavano sui terreni e molino in Colognola<sup>47</sup>.

Leonardo dispose così dei suoi beni: «al chirurgo Antonio Manzoni<sup>48</sup> il suo anello con corniola rappresentante la testa di Socrate, ad Alberto Albertini il suo anello con *niccòlo*<sup>49</sup> rappresentante la testa di Platone e il quadro di Giovanni Bellini<sup>50</sup> del fu Giuseppe Torelli<sup>51</sup>. A suo fratello Angelo e a sua sorella Fiore (nubile) crocioni 50 cadauno, al fratello Luigi<sup>52</sup> tutti i mobili, argenti e ori escluso il denaro e i due anelli e il quadro già disposti. Erede universale della restante facoltà, tutto compreso, Giovanni Pandolfi, q. Carlo, suo figlioccio, che dovrà contribuire a suo fratello Angelo crocioni cento annui in 4 rate anticipate sua natural vita durante»<sup>53</sup>.

Del Chiappa scrive che i suoi libri e manoscritti «legolli al fratello, ma per mala ventura si sono dispersi»<sup>54</sup>. Possiamo ipotizzare che si trattasse del fratello Angelo che era chirurgo<sup>55</sup>. Su questo legato, ci informa il Biadego: «il 28 febbraio 1815 moriva il medico Leonardo Targa; ed il 7 marzo di cote-sto anno furono consegnati alla Biblioteca, 41 volumi ch'egli aveva lasciati in dono». Una lapide lo ricorda tra gli uomini illustri che aumentarono il patrimonio bibliografico della Biblioteca»<sup>56</sup>. Tra i beni lasciati in eredità al Pandolfi, potrebbe esserci stata la «possessione in contrà di S. Michele in Campagna, detta le Banchette e Pogiana di campi 100 con case da lavorente, e altre da bracenti, notificata in polizza che fruttavano ducati 330 d'affitto, e una casa con orto in detta contrà nella corte della Spadarina»<sup>57</sup>.

## Appendice

L'Archivio di Stato di Verona conserva due relazioni autoptiche compilate dal dottor Leonardo Giuseppe (come si fir-

ma) che furono eseguite su due suoi pazienti. Quella del 6 febbraio 1767 riguarda il conte Ottaviano Pellegrini, sofferente da molti anni di gotta. Viene descritta «l'enorme mole del cuore aneurismatico nel ventricolo sinistro e nelle due orecchiette, che dà piena conferma sulla causa del decesso e la prima cagione delle frequenti palpitazioni di cuore e della dispnea dalla quale veniva molestato di quando in quando. Gli ultimi due giorni della sua

vita il dolore, in quella parte dov'è posto il cuore, lo aveva tenuto oppresso quasi continuamente e fu più acuto il dolore mezz'ora prima della morte».

Nell'autopsia del 5 aprile 1765 su Antonio Aliprandi, viene registrata una «grande quantità d'acqua travasata nel basso ventre e una grossa vomica della grandezza d'un ben grosso pomo nella parte convessa del fegato, la sostanza del quale è in gran

parte alterata. Ecco spiegato il dolore gravativo fisso al lato destro a cui si è poi accompagnata la *giallura*, l'estrema inappetenza, la scarsità delle urine, il dimagrimento, l'idropisia e la morte»<sup>58</sup>.

**\*Ringrazio Rosalia Di Lorenzo e Bruno Chiappa per i suggerimenti e le segnalazioni.**

## NOTE E ABBREVIAZIONI

AACVr = Antico Archivio Comune Verona  
ASVr = Archivio di Stato Verona  
BCVr = Biblioteca Civica Verona  
DBI = Dizionario Bibliografico degli Italiani  
US = Ufficio Sanità

- Gio. Battista abitava in contrada Santa Cecilia dove la moglie Perfetta morì a 43 anni il 14 aprile 1706, sedici giorni dopo aver partorito Iseppo, deceduto il 9 aprile a 2 giorni dalla nascita (ASVr, US, *morti città*, reg. 63, cc. 18,19).
- G.B.C. GIULIARI, *Della tipografia veronese, saggio storico-letterario*. Verona 1871, pp. 111-115-116-132. Si veda anche F. FORMIGA, *I Merlo: tipografi veronesi tra Sei e Settecento. Documenti e annali*, Firenze 2009, p. 28; A. CORUBOLO, *Due prime edizioni dei Muratori stampate a Verona, «Civiltà Veronese»*, II, 1986, n. 4, pp. 49-58, p. 52; E. BAO, *In bianco e nero. Il libro illustrato veronese nel XVIII secolo*, vol. II, (Dottorato di ricerca in beni culturali e territorio, Università di Verona, 7 novembre 2018), dove oltre alle citazioni sugli stampatori Targa, sono riprodotte molte delle stampe uscite dalla loro officina.
- Francesco, figlio del q. Gio. Batta Targa, di anni 33, morto di etica (tubercolosi) in mesi 3, in contrada Santa Maria Antica il 1° maggio 1735, curato dal medico Pream (ASVr, US, *morti città*, reg. 69, c. 99). Nello stesso anno, il 5 marzo, morì anche suo figlio Gio. Batta, di mesi 2 e mezzo, di reuma (=arioma), (ivi, c. 90). Gasparo Priami (o Pream) de Cavalieri aveva conseguito il dottorato in Medicina e Filosofia presso l'università di Padova il 1° agosto 1731 (ASVr, US, reg. 269, c. 8v).
- BAO, *In bianco e nero...*, p. 156, nota 118.
- ASVr, US, *morti città*, reg. 83, c. 44. La casa era di sua proprietà (ASVr, *Antichi Estimati Provisori. Anagrafi*, b. XXXVII, reg. 851 anno 1780).
- BCVr, L. Targa, *Carteggi, Affari di famiglia*, 91.6
- Registrata con il nome di Fior, moglie del dottor Gasparo Targa, di anni 33, morta di etica il 23 febbraio 1738 in contrada San Vitale, in mesi 12 curata dal dott. Pream (ASVr, US, *morti città*, reg. 69, c. 279).
- G. B. ZOPPI, *Vita ed elogio di Leonardo Targa*, Verona 1826, p. 20. Giovanni Battista Zoppi, medico e poeta veronese (1758-1841), laureato a Padova nel 1781, fu allievo e amico del Targa e del medico veronese Gian Everardo Zeviani (su quest'ultimo mi sia permesso rimandare a: G. FERRARI DE SALVO, *Giovanni Verardo Zeviani e la sua dissertazione sullo scorbutico*, «Verona Medica», n. 1, febbraio 2013, pp. 31-35). Zoppi esercitò per trent'anni la professione di protomedico municipale, poi di medico dell'Imperiale Regio Liceo Convitto di Verona. Si dedicò alla letteratura e alla poesia e diede alle stampe alcuni elogi, tra i quali quello dedicato a Leonardo Targa e una *Storia per gli anni 1821 e 1822* dell'Accademia di Agricoltura, Commercio ed Arti, di cui fu socio per molti anni.
- Archivio Parrocchiale San Tomaso Cantuariense di Verona, *Liber baptizatorum ecclesiae S. Thomae 1656-1754*, c. 480 v. (citato in F. SCARCELLA, *Leonardo Targa medico letterato veronese (1729-1815)*, Verona MCMLXIII, p. 15). Cfr. anche *Vita ed elogio del dottor Leonardo Targa medico veronese*, in «Giornale sulle scienze e lettere delle provincie Venete», Vol. X, Treviso 1826, pp. 171-175. Notizie su Leonardo Targa, sono riportate anche in *Storia della Medicina in aggiunta e continuazione a quella di Curzio Sprengel scritta dal dottor Francesco Freschi*, vol. VII, parte II, Milano 1845, p. 769, nota 1, pp. 769-774; G. A. DEL CHIAPPA, *Raccolta di opuscoli medici*, vol. I, Pavia 1828, pp. 247-278 (qui, oltre a riportare l'elogio del Zoppi, Del Chiappa fa un'ampia disamina della vita professionale di Targa e dei suoi studi su Celso); Si veda anche DEL CHIAPPA, *Elogio di Leonardo Targa celebre medico Veronese letto nella grand'aula dell'I. R. Università di Pavia il giorno 19 novembre 1823*, Milano 1824, pp. 3-47; I. PINDEMONTI, *Elogi di Letterati italiani*, tomo I, Verona 1825, pp. 313-353.
- G. B. DA PERSICO, *Verona e la sua Provincia, nuovamente descritte*, Verona 1838, p. 17; G.L. BIANCONI, *Lettere sopra A. C. Celso all'abate Girolamo Tiraboschi*, Roma 1779, p. 258.
- Cagnolato Gaetano, erudito latinista nato a Padova nel 1728. La sua carriera scolastica fu assai brillante e per la spiccata attitudine verso gli studi classici nel 1744 meritò l'inserimento nella severa scuola di Accademia del Seminario. Nel 1749 (un anno prima dell'ordinazione sacerdotale) si laureò in teologia diventando membro del Collegio dei teologi. Rimase in seminario come insegnante e poi fu ammesso all'Accademia dei Ricovrati. Insegnò grammatica, retorica e filosofia. Con la sua competenza di lessicografo, per conto del Targa seguì nella tipografia del seminario la stampa di tutta l'opera di Celso. Nel 1771 si trasferì a Monselice, eletto canonico teologo di quella collegiata e qui morì nel 1802 (M. ZORZATO, *DBI*, vol. 26 (1982).
- Jacopo Facciolati (1682-1769), poeta, scrittore e latinista padovano.
- Giovanni Battista Morgagni (Forlì 1682-Padova 1771) medico, anatomista e patologo, è considerato il fondatore dell'anatomia patologica nella sua forma contemporanea. Abilissimo ricercatore clinico medico, di vasta cultura umanistica, fu anche latinista, archeologo, botanico e storico. A poco più di trent'anni era considerato il più grande anatomista del tempo. Il *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* (Venezia 1761), che comprende le sue ricerche anatomo-patologiche, rimane uno dei libri più importanti della storia della medicina (*Wikipedia*, consultata il 7-7-2022).
- Giacomo Piacentini (Castelfranco, 1673-Padova, 1762), fu titolare della Cattedra di Medicina teorica.
- Giulio Pontedera (Vicenza, 1688-Lonigo, 1757), laureato a Padova nel 1715 in filosofia e medicina, tra i suoi maestri ebbe il medico e anatomista Giovanni Battista Morgagni, con cui stabilì uno stretto legame di amicizia e una feconda collaborazione scientifica, aiutandolo tra l'altro nelle dissezioni. Appassionato fin dall'infanzia di botanica, nel 1719 i Riformatori dello Studio di Padova gli affidarono la cattedra di *Ostensio simplicium* e la direzione dell'orto botanico che contribuì ad arricchire in maniera significativa. Fu se-

- polto nel duomo di Lonigo (E. CANADELLI, *DBI*, vol. 84 [2015]; A. CARTOLARI, *Cenni sopra varie famiglie illustri di Verona*, Verona 1855, pp. 77-78).
- 15 ASVr, *US*, reg. 266 bis, c. 74.
- 16 Nativo di Perarolo, villaggio veronese nei pressi di Torri di Confine, in data 8 settembre 1712 (in ASVr, *US*, reg. 266, c. 74r, invece, è indicato come oriundo vicentino, probabilmente perché tale località è posta al confine delle due province). Laureato in Medicina a Padova nel 1735, svolse un tirocinio di ben quindici anni prima di giungere a Verona dove esercitò la professione per nove anni. Medici furono anche suo figlio Antonio e il fratello Paolo. In seguito, fu a Padova dove insegnò medicina pratica, scrisse intorno al sublimato corrosivo, trattati sullo scorbuto, su caffè, cioccolata e rosòli e molto altro. Sostenne accanite lotte con vari colleghi contestando antichi errori e volgari pregiudizi uscendone non sempre vincitore. Morì a Padova il 28 dicembre 1786 (cfr. F. FRESCHI, *Storia della medicina, in aggiunta e continuazione a quella di Curzio Sprengel*, Firenze 1843, vol. 6, p. 452, nota 2; G. FERRARI DE SALVO, *Autopsie e constatazioni di morte nella Verona di fine Settecento*, in «Verona Medica», n. 4, settembre 2011, pp. 36-42). Su Dalla Bona, Targa, Zeviani e altri medici citati in questo saggio si veda anche L. BONUZZI, *Cultura e medicina dal Quattrocento all'età del positivismo*, in *Cultura e vita civile a Verona, uomini e istituzioni dall'epoca carolingia al Risorgimento*, a cura di..., Verona 1979, pp. 421-458).
- 17 Il giovane Cosmi potrebbe essere un congiunto di Antonio, medico veronese di terza classe, laureato a Padova l'8-5-1743, approvato il 9-6-1750 (ASVr, *US*, reg. 266 bis, c. 72r).
- 18 PINDEMONTE, *Elogi di...*, vol. I, p. 343, 344.
- 19 Francesco Redi (Arezzo, 1626 – Pisa, 1698), medico, naturalista e letterato italiano. Soprannominato il “Padre della parassitologia moderna”, è ritenuto uno dei più grandi biologi di tutti i tempi e pioniere della biologia sperimentale (*Enciclopedia Treccani, ad vocem*)
- 20 Antonio Cocchi (Benevento, 1695–Firenze, 1758), medico, naturalista e scrittore. Seguendo l'attività paterna, si laureò in medicina presso l'Università di Pisa. Nel 1736 fu nominato lettore di Anatomia nello Studio Fiorentino. Sostenne l'importanza dell'anatomia per gli studi medico-chirurgici, studiò le acque termali dei Bagni di San Giuliano, sulle quali scrisse un importante trattato. Valente naturalista, nel 1734 ricostituì la Società Botanica di Firenze e il 12 marzo 1736 fu tra i personaggi che ebbero l'onore di trasportare le ossa di Galileo Galilei nel nuovo sepolcro allestito nella Basilica di Santa Croce in Firenze. Si dedicò allo studio della storia medica, traducendo anche trattati classici greci e latini. Pubblicò trattati e saggi su opere di Voltaire e di John Milton, tradusse opere di Senofonte Efesio e vari scritti greci che formarono la raccolta dei *Græcorum chirurgici libri*. Fu socio dell'Accademia della Crusca e fra i primi membri italiani della Massoneria (U. BALDINI, *DBI*, vol. 26 [1982]).
- 21 *Le scienze mediche nel Veneto nell'800. Atti del Primo Seminario di Storia delle Scienze e delle Tecniche nell'Ottocento veneto*, Venezia 2 dicembre 1989, pp. 65-81.
- 22 PINDEMONTE, *Elogi...*, p. 328, 329.
- 23 Giovanni Battista Borsieri de Kanifeld (Trento 1725- Milano 1785). Studiò medicina a Padova dove fu allievo del Morgagni e del Vallisnieri. Medico all'ospedale di Faenza dal 1745 al 1769, dal 1770 al 1780 insegnò nell'università di Pavia. Si trasferì a Milano nel 1789 quando fu nominato medico personale dell'arciduca Ferdinando. Le sue *Institutiones medicinae practicae* (Milano 1781-1788, in 4 voll.) ebbero una serie di edizioni in latino e in italiano, e furono tradotte in tedesco e in inglese (P. CASINI-U. BALDINI, *DBI*, vol. 13 [1971]).
- 24 PINDEMONTE, *Elogi...*, p. 348.
- 25 B. GAMBA, *Galleria dei letterati ed artisti illustri delle provincie veneziane*, vol. II, Venezia 1824, p. 1531.
- 26 Giovanni Jacopo Dionisi (1724-1808), letterato, critico letterario e religioso veronese, autore di un'edizione critica della Divina Commedia di Dante Alighieri (S. VAZZANA - *Enciclopedia Dantesca della Treccani*, Firenze 1970).
- 27 Il periodo potrebbe essere più ampio poiché la maggior parte delle lettere non portano alcuna data (ASVr, *Dionisi-Piomarta*, b. 1941).
- 28 Sulla famiglia Verità si veda CARTOLARI, *Cenni sopra varie famiglie...*, Verona 1855, II ediz., pp. 72-73. Sul Museo del conte Jacopo Verità, collezionista e archeologo, rimando a L. SALZANI, *Per una storia della Paleontologia veronese: i bronzi protostorici della Collezione Verità e del Museo Civico*, in “Bollettino del Museo Civico di Storia Naturale di Verona, Geologia Paleontologia Preistoria”, n.38, Verona 2014, pp.133-151.
- 29 «Quale sorte abbia toccato alla raccolta numismatica radunata dal Targa, lo si ignora» (C. CIPOLLA, *Angelo M. Bandini a Verona*, in “Miscellanea di Storia italiana”, serie III, tomo XVI, Torino 1916, p. 9; CIPOLLA, *Antichità veronesi regalate da L. Targa ad Angelo M. Bandini* (in “Madonna Verona”, anno 1911, p. 205). Carlo Cipolla (Verona, 1854 – Tregnago, 1916), storico italiano, professore di Storia moderna all'Università di Torino, dal 1882 al 1906, e, in seguito, presso l'Istituto di studi superiori di Firenze (R. MANSELLI, *DBI*, vol. 25 [1981]).
- 30 Il canonico Bandini (Firenze, 1726 – Fiesole, 1803), direttore della Marucelliana (1752) e poi della Laurenziana (1756), lasciò importanti opere bibliografiche, riguardanti la Toscana e la storia letteraria. La compilazione del *Catalogus codicum manuscriptorum* della Laurenziana (11 voll., 1763-1793) gli offrì l'occasione di pubblicare numerosi testi inediti di Padri greci e di *Aneddotica* riguardanti la Chiesa greca e il Medioevo bizantino e di tradurre, in vari scritti, la storia della formazione della Biblioteca Laurenziana e delle altre biblioteche fiorentine (*Enciclopedia Treccani, ad vocem*).
- 31 Jacopo Muselli (1697-1768), antiquario e collezionista veronese: rassegna bibliografica (F. PICCOLI, Verona 2003).
- 32 PINDEMONTE, cit. p. 272, nota 578. Il manoscritto è collocato presso la Biblioteca Civica di Verona (ms 830).
- 33 *De Medicina libri octo ex recensione Leonardii Targae*, Patavii 1769, voll. 2; Sull'argomento si veda: S. BETTI, *L'Illustre Italia dialoghi del cav. Salvatore Betti, professore e segretario perpetuo della Pontificia Accademia Romana di S. Luca, accademico della Crusca*, Torino 1854, p. 83, dove si elogia «quel veronese critico <che>ci porse la più compiuta e bella ristampa dell'opera di Celso».
- 34 Paolo Renier (Venezia, 1710 – Venezia, 1789) politico e diplomatico, doge della Repubblica di Venezia dal 1779 alla morte.
- 35 Giovanni Fortunato Bianchini (Chieti, 1719 – Padova, 1779), uno dei medici più valenti del '700, esercitò la professione a Napoli dove insegnò Medicina teorica. Verso il 1748 si trasferì a Venezia dove iniziò ad occuparsi dell'elettricità. Nel *Saggio d'esperienze intorno la medicina elettrica fatte in Venezia da alcuni amatori di fisica al signor abate Nollet* (Venezia 1749), rende conto degli esperimenti da lui condotti, su ispirazione dell'elettrologo francese Nollet, intorno alla cosiddetta “medicina elettrica”. Eletto Protomedico di Udine nel 1750, fu tra i promotori della nuova Accademia e della Società di agricoltura. Nel 1775 fu chiamato a ricoprire la cattedra di Medicina pratica nell'Università di Padova (P. CASINI, *DBI*, vol. 10 [1968]).
- 36 Corrispondenza, scritti di medicina, lavori preparatori per l'edizione di Cornelio Celso e carte familiari, sono conservati presso la Biblioteca Civica di Verona (*Carteggi* bb. 89-92 bis).
- 37 DEL CHIAPPA, *Raccolta...*, p. 36.
- 38 SCARCELLA, cit. p. 40.
- 39 ASVr, *US*, *morti città*, anno 1815, c.49.
- 40 Da questo matrimonio nacque anche Gaetano Antonio nel 1742, 16 novembre, quando la famiglia risiedeva in contrada di Santa Maria in Rocca Maggiore, deceduto l'anno seguente per rioma (ASVr, *US*, *nati città*, reg. 4, c. 106; *ivi*, *morti città* a. 1743, c. 24). La moglie Margherita è deceduta all'età di 80 anni il 22 ottobre 1790 dopo 15 mesi di coma conseguente a un'emorragia cerebrale, curata da Leonardo (cfr. BCVr, L. Targa, *Carteggi, Affari di famiglia*, 91.6; ASVr, *US*, *morti città*, reg. 81).
- 41 Pandolfi era un orefice (ASVr, ACVr, foglio 9290, Verona 1763-18439).
- 42 SCARCELLA, cit., pp. 18, 19.
- 43 *Giornale sulle scienze e lettere delle provincie Venete*, Volume X, Treviso 1926, pp. 171-175. Elogi gli furono dedicati da Giovanni Battista Zoppi (in PINDEMONTE, “Elogio di Leonardo Targa”, in *Elogi di letterati italiani*, vol. I, Milano 1829, pp. 340-386) e dal prof. Del Chiappa di Pa-

- via; vedi anche G. CERVETTO, *Cenni per una storia...*, p. 30, nota 2.
- 44 Nato ad Alta Valle Intelvi, 8 novembre 1770 e morto a Verona, 22 novembre 1848.
- 45 Benedetto del Bene nato a Verona nel 1749 e qui deceduto nel 1825, fu avviato dal padre Girolamo, uomo di lettere, allo studio dei classici latini di cui divenne appassionato traduttore. Nel 1771 si addottorò in legge all'Università di Padova. Diresse le scuole pubbliche fra il 1790 e il 1793, patrocinò la costituzione della Biblioteca comunale di Verona attraverso la fusione dei fondi librari delle biblioteche dei padri benedettini, dei gesuiti e di quella del conte Aventino Fracastoro. Socio delle principali accademie italiane, fu segretario dell'Accademia di Agricoltura, Arti e Commercio e dell'Accademia di Scultura e Pittura di Verona. La sua produzione scientifica si può dividere in due filoni: il primo relativo alla ricerca agronomica, il secondo allo studio della lingua e della letteratura latina. Benedetto era noto per le traduzioni dei classici dell'agricoltura e per gli studi di agronomia, in particolare attorno alla viticoltura e alla produzione di vino, all'olivicoltura e all'allevamento del baco da seta. Interessante la sua *Dissertazione sopra una nuova maniera di vino* (Venezia 1791) ove descrive il modo di produrre un vino molto simile nelle sue caratteristiche al *Piccolit*. Famoso è il suo giornale di memorie, una cronaca che copre gli anni 1770-1796, il cui manoscritto è conservato alla Biblioteca Civica di Verona (S. ADORNO, *DBI*, vol. 36 [1988]). Un suo epistolario di carattere sanitario, relativo al periodo in cui fu vicario della Valpolicella (1774-1778) è conservato presso l'Archivio di Stato di Verona insieme ad alcune lettere inviate al marchese Dionisi. Tra gli argomenti, oltre a quelli di natura meteorologica e agronomica, ci sono cenni per la realizzazione di una meridiana in Piazza Mercato Vecchio accompagnati da lettera autografa dell'astronomo veronese Antonio Cagnoli che descrive tale manufatto (ASVr, *Dionisi-Piomarta*, n. 619, anno 1788).
- 46 DEL CHIAPPA, *Elogio...*, cit. p. 42.
- 47 BCVr, L. Targa, *Carteggi, Affari di famiglia* 91.6.
- 48 Nato e deceduto a Verona (1746-1819), laureato in chirurgia a Padova il 13 settembre 1770 (ASVr, *US*, reg. 266 bis), per le sue competenze ostetrico-ginecologiche fu definito "l'Ippocrate di Verona". Fu allievo del chirurgo veronese Monterossi e membro dell'Accademia di Agricoltura. Scrisse: *Observationes pathologicae*, vol. 2 (Verona 1795) e *Trattato sulla malattia del cancro dell'utero* (Verona, 1811). Suo figlio Luigi (1777-?) fu pure chirurgo (*DBI*, vol. 69 [2007]).
- 49 Si tratta di alterazione del lat. *onych nus* aggettivo «di onice», che fu spesso usato come sinonimo popolare.
- 50 Giovanni Bellini detto il *Giambellino* e *Zuane Belin* in lingua veneta (Venezia, 1427 o 1430 circa-Venezia, 1516), fu uno dei più grandi nomi nella Storia dell'Arte italiana del Rinascimento.
- 51 Nato a Verona nel 1721 e qui deceduto nel 1781. Laureato in giurisprudenza all'Università di Padova, una volta rientrato a Verona si dedicò agli studi delle scienze, matematica, storia, filosofia, arte, antiquariato e letteratura. Era conosciuto anche per i suoi studi su Dante. Apprese il greco, il latino, l'ebraico, l'inglese, il francese e lo spagnolo. Dopo decenni di ste-sura, le opere di Archimede, sia in greco che in latino, furono pubblicate postume nel 1792 a Oxford. Tradusse in italiano vari autori classici tra cui Esopo (*le Favole*), Teocrito, Catullo, Plauto e i primi due libri dell'*Eneide*, e dall'inglese in italiano l'*Elegia scritta in un cimitero campestre* di Thomas Gray. L'effigie di Giuseppe Torelli è presso la *Protomoteca* della Biblioteca Civica di Verona (Wikipedia, consultata il 7-7-2022). Di lui, la stessa Biblioteca conserva: Autografi vari, corrispondenza originale e in copia (Carteggi, b. 95). Si veda anche PINDEMONTE, *Elogio di Giuseppe Torelli*, pp. 89-128; *Altro elogio di Giuseppe Torelli*, pp. 129-135, in *Elogi di letterati*, tomo II, Verona 1826.
- 52 Questi, nel 1802, abitava in Via Scrimari n. 4812 (E. MORANDO DI CUSTOZA, *Casatico della città di Verona, anni 1745-1820*, vol. III, p. 8).
- 53 ASVr, *Notai Defunti*, reg. 9864 (not. L. Mabon), atto n. 16. Il testamento fu confermato con atto 1° aprile 1812 (b. 8049, n. 20).
- 54 DEL CHIAPPA, *Raccolta...*, p. 271.
- 55 Forse si tratta del fratello Angelo che era chirurgo, abilitato il 24 settembre 1788 (AACVr, b. 22, n. 817, c. n.).
- 56 G. BIADEGO, *Storia della Biblioteca Civica di Verona, con documenti e tavole statistiche*, Verona 1892, p. 42.
- 57 S. Quirico. Lonardo Targa medico fisico figlio del dr. Gasparo Antonio non più stimato. Con strumento 12 nov. 1785 atti Visetti, l'eccellente sig. dr. di medicina Lonardo Targa acquistò dal N.H. sig. conte Alvise Zenobio la possessione in contrà di S. Michele in Campagna, detta le Banchette e Pogiana di campi 100 con case, erano dominicali ora da lavorente, et altre erano da lavorenti e ora da braceri, notificata in polizza d'affitto ducati 330, e una casa con orto in detta contrà nella corte della Spadarina, notificata in polizza per affittata a Poinar ducati 8:2:16; che perciò fece istanza il sig. Bortolameo Zucalmaglio causidico, facendo a nome Targa, per il sollievo alla partita Zenobio di lire 1:3:6 (ASVr, *Antichi Estimati Provisori*, reg. 236, alla data 2 gennaio 1786). Questo documento mi è stato segnalato dal prof. Bruno Chiappa che ringrazio.
- 58 ASVr, *US*, Autopsie, b. XLV.

## CERTIFICATO DI ONORABILITÀ PROFESSIONALE (GOOD STANDING)

Per i medici e gli odontoiatri operanti in Stati non aderenti all'UE, facendo seguito alle note della Federazione del 2 e 4 luglio 2013 e nota del Ministero della Salute del 16 luglio 2013, il Ministero della Salute ha chiarito che la Federazione può rilasciare certificati di onorabilità professionale per i medici e gli odontoiatri operanti in Stati non aderenti all'Unione Europea.

Ciò detto considerato che gli Ordini provinciali tengono gli Albi professionali ai sensi dell'art. 3, comma 1 lett. a) del D.Lgs C.P.S 233/46, si ritiene che gli stessi possano rilasciare tale certificato ai propri iscritti.

Per i certificati di onorabilità professionale dei cittadini comunitari, cittadini della Confederazione Svizzera, cittadini dell'Area SEE (Islanda, Liechtenstein, Norvegia) e cittadini non comunitari stabiliti in Italia, si richiede il certificato di onorabilità professionale presso il Ministero della Salute: (modello G- Good standing) accompagnato da tutta la documentazione indicata nel modello G1 (solo per gli iscritti ad un Ordine professionale Italiano)

# Le bevande di Casanova

di LUCIANO BONUZZI

I *Mémoires*<sup>(1)</sup> di Giacomo Casanova (1725-1798), avventuriero e letterato insigne, sono un' autobiografia dove il rimando – 'autobiografico' – alla vita personale deve essere inteso in senso stretto. Le pagine casanoviane pur descrivendo incontri con personaggi illustri della vita settecentesca – Caterina di Russia, Federico di Prussia, il Santo Padre etc. ma anche Voltaire o Haller – sono, infatti, l'espressione di uno sguardo costantemente rivolto al proprio mondo. Casanova, in altre parole, parla ininterrottamente di sé e del suo io, illuminato dal fuoco di un radicale narcisismo che sembra compensare tante carenze, e non dimentica quegli aspetti quotidiani dell'esistenza che interessano le stesse funzioni vegetative come il mangiare e il bere. In particolare, le incessanti allusioni alle bevande permettono di cogliere alcuni costumi del tempo, non dissimili, sotto qualche profilo, da quelli oggi correnti. Nei *Mémoires* si parla di brodo, di acqua, di limonata, di cioccolata, di punch e via dicendo ma soprattutto di caffè e di vino, bevande problematiche, che si incontrano a ogni piè sospinto nelle pagine e pagine della narrazione casanoviana.

La voce 'caffè' ricorre parecchie decine di volte ora per designare la nera bevanda ed ora per indicare il luogo dove viene sorseggiato. Il caffè, nel '700, è ormai un prodotto di largo consumo che permette di scandire i principali momenti della giornata: assunto di regola al mattino o dopo pranzo, si presta nel contempo ad ammorbidire o dare tono a qualche incontro occasionale. Casanova, in ogni modo, è estraneo al dibattito sui possibili abusi che aveva impegnato Giovanni Dalla Bona<sup>(2)</sup>. Rifiutata la tazza offerta da Messer Grande quando viene condotto nei Piombi (II, p. 146), accenna quasi di sfuggita ai possibili abusi (II, p. 496) ed altrettanto occa-

sionalmente parla di un caffè di buona qualità addolcito con zucchero (IV, p. 478). Evidentemente la bontà della bevanda era implicita agli occhi del Veneziano. Frequenti, nel contempo, le allusioni al caffè quale locale d'incontro ma anche come luogo dove ci si può appartare per scrivere (III, p. 654). Né manca il ricordo di locali celebri come il 'Ridotto' dei nobili (I, p. 422) a Venezia o il 'Cambio' (III, p. 206) a Torino<sup>(3)</sup>. L'apprezzamento di Casanova per il caffè è in sintonia con il consenso che la civiltà veneziana ha riservato non solo alla bevanda, questo vino dell'Islam tanto amato a Costantinopoli, ma anche ai locali destinati al consumo<sup>(4)</sup>: locali movimentati dal brio della presenza femminile. La fortuna del caffè è testimoniata da poeti, da pittori e da uomini di teatro. Giorgio Baffo, un amico della famiglia Casanova, assimila con ardita metafora il sesso femminile ad una tazza di caffè<sup>(5)</sup>; celebre *La bottega del caffè*<sup>(6)</sup> di Goldoni, consumatore appassionato non solo di caffè ma anche di cioccolata; quanto mai note le pitture del tempo che illustrano il rituale del consumo.

Naturalmente anche la cioccolata<sup>(7)</sup> fa parte delle abitudini di Casanova che non dimentica di portarla con sé (III, p. 17) e giudica mediocre quella che si usa bere in Spagna (IV, p.268). Si tratta, ai suoi occhi, di una bevanda che può portare qualche conforto (I, p. 255) ed è ritenuta idonea a combattere gli stati di debolezza (II, p. 466), proprio come il brodo. Tacitamente, d'altra parte, le allusioni al tè, per dire di un altro prodotto stimolante. Il tè, comunque, è ricordato quando il Veneziano è presente in Inghilterra (III, pp. 581, 642) ma anche quando, in Italia, si tratta di confortare una giovane inglesina fuggita con un seduttore (IV, p. 394). Osservando la centralità che compete al caffè sia in Casanova che in Venezia, dove peraltro la stessa cioccolata era assai apprezzata, non si può condividere, senza qualche

riserva, il parere di Wolfgang Schivelbusch<sup>(8)</sup> che lo intende come una tipica bevanda nordica-protestante là dove la cioccolata connoterebbe l'Europa mediterranea e cattolica. Del resto, Casanova, come quasi tutti i sudditi della Serenissima, non era protestante e consumava sia caffè che cioccolata.

L'attenzione portata al caffè è accompagnata da un interesse ancora più vivo per il vino, la più nobile e sofisticata fra le bevande alcoliche: una bevanda personalizzata da profumi dove si intrecciano le sfumature più diverse. Per Casanova il mondo degli odori evoca innanzi tutto la femminilità ma è anche un fattore rilevante, data la sintonia fra odori e sapori, per valorizzare ogni pranzo, per promuovere gli abbinamenti più opportuni. Nella Prefazione alla propria storia, Casanova confessa di essere sempre stato affascinato dall'odore della donna che amava e più forte era la sua traspirazione tanto più gli pareva soave (I, p.8). Ed anche nei vini apprezzava soprattutto quelli dal sapore marcato. Definita la "graspia" come una "meschina bevanda" (I,p.24), non dimentica nessuno fra i principali vini della patria che, di regola, hanno un sapore piuttosto deciso. Conosce il vino di Cipro, di Cerigo, di Samo e di Cefalonia, di Scopolo e di Zante; apprezza il moscato e la malvasia. Sfogliando i *Mémoires* pare, insomma, di visitare un' enoteca che a Costantinopoli, in territorio islamico, è comprensibilmente mimetizzata sotto forma di biblioteca (I, p. 246). Fra i prodotti dell'enologia veneziana non manca poi il refosco che, ancor oggi, è un apprezzato vino friulano. Per lo più Casanova consuma i prodotti del territorio dove è presente: così il vino di Orvieto (IV, p. 579) quando è ad Ancona, non lontano dai vigneti di questo celebre bianco, o i vini spagnoli quando si trova da quelle parti. Ma, accanto agli amati prodotti delle isole bagnate dal Mediterraneo, Casanova pur ricordando quasi tutti i

vini del mondo allora conosciuto, dal Reno all'Ungheria, dimostra una innegabile simpatia per quelli francesi e in particolare per lo *champagne* anche se, in tema di *champagne*, è verosimile che non di rado si tratti di semplice spumante. Accanto a generiche indicazioni per valorizzare qualche pranzo, ricorrono suggerimenti mirati per l'abbinamento cibo-vino; tale il refresco con il salame (II, p. 199), lo *champagne* con la frittata (II, p. 385), il vino di Scopolo con il fegato d'oca (IV, p. 570) o quello di Cipro con le castagne (I, p. 205). Ma il più casanoviano fra gli abbinamenti è quello delle ostriche con lo *champagne*: un abbinamento all'insegna della galanteria. Quando, ormai, non è più giovanissimo vive un'acrobatica esperienza sentimentale a base di ostriche e *champagne* che si conclude trattenendo il mollusco fra le labbra appoggiate a quelle della propria innamorata (IV, pp. 491-492). Luisa Gay conferma, al proposito, che nel '700, al tempo di Luigi XV, le ostriche erano ritenute un suggestivo "strumento di seduzione"<sup>(9)</sup>. Raffinato *connaisseur* di vini, Casanova non trascura altri prodotti alcolici: ricorre non di rado al punch e ricorda il maraschino di Zara (II, p. 412) ma anche la grappa (II, p. 491), il ratafià (I, p. 498; III, p. 16; IV, pp. 236-237) e il rum (II, p. 35; IV, p. 491). Non ama invece la birra, stigmatizzata come una bevanda per poveri (III, p. 248). Data la forte passione per la medicina, Casanova non trascura poi di segnalare gli effetti delle bevande alcoliche sullo stato di coscienza e sull'orientamento emotivo di chi ha bevuto oltre misura.

Per completare questa rapida carrellata attraverso le bevande che movimentano i *Mémoires*, dopo aver detto del caffè della cioccolata e del vino, è doveroso almeno un cenno in merito al brodo, alla limonata, al latte ed alla stessa acqua. Il brodo è, infatti, assai apprezzato da Casanova che lo ritiene utile per dare serenità (III, pp. 173; 668), per sollevare lo spirito e il corpo quando si è malati (II, p. 6; III, p. 19); la stessa M. M., un grande amore di Casanova, quando è a letto, consumata dalla febbre e tormentata dal confessore, altro non riesce ad ingerire che un po' di brodo (II, p. 105). Anche la limonata, proprio come il brodo, sem-

bra collocarsi a metà strada fra le bevande dissetanti e quelle terapeutiche: viene, infatti, suggerita come emetico (II, p. 459). Frettolose le allusioni al latte, se si esclude il suo ruolo occulto quale veicolo della cioccolata; la presenza del latte è, infatti, esclusivamente associata a sventure (II, p. 565; III, pp. 243, 691-692) e ciò contrasta con l'importanza che gli compete nell'*Jcosameron*<sup>(10)</sup>, il romanzo di fantascienza composto a Dux prima di mettere mano alla propria storia. Problematico il ruolo dell'acqua: può essere di supporto per preparare qualche bevanda, come la limonata o lo stesso idromele (I, p. 250) che peraltro, con la fermentazione del miele che viene aggiunto, diventa una bevanda alcolica; l'acqua serve anche per diluire altre bevande come il latte (III, p. 243), quando si è malati, o qualche liquore come usa fare Haller (II, p. 600); bevuta sola è, invece, una testimonianza di sobrietà – ed è ancora Haller che viene citato ad esempio (II, p. 600) – ma anche di disagio come quando, in carcere, è accompagnata da solo pane: così nei Pozzi (II, p. 185) ma pure a Barcellona, per fare compagnia ad una mediocre minestra condita con aglio e pessimo pane, altro non si beveva che acqua (IV, p. 244). Non mancano, nel racconto casanoviano, le acque esplicitamente 'terapeutiche' citate con qualche ironia: tale l' "acqua di gioventù" ceduta alla Pompadour dal conte di San Germano (II, p. 375) o l'acqua di Sulzbach contro la pazzia (III, p. 278). Ma, in Casanova, affiorano innegabili perplessità anche in merito alle valenze terapeutiche delle acque termali; osserva, al proposito, che non si va a Spa, nota stazione termale, per le acque (IV, p. 193): le acque altro non sono, a suo avviso, che un pretesto per riposare, per divertirsi, per giocare sperando in qualche incontro galante. Anche l'acqua, in fondo, è una bevanda misteriosa, almeno quanto il vino.

Le bevande amate e descritte da Casanova – caffè, vino, cioccolata, ratafià etc. – sono un collante della vita settecentesca, soprattutto a Venezia dove la serenità del vivere, pur velata dal presentimento del tramonto, era cercata da molti viaggiatori provenienti da ogni parte l'Europa. Un mondo ferocemente distrutto dalle armate giacobine del Bonaparte. In ogni modo, Casanova, al di là delle innegabili riserve in merito al suo comportamento<sup>(11)</sup>, è stato, nel bene e nel male, un testimone attento di quella società che si incamminava verso la dissolvenza<sup>(12)</sup>.

#### Note e richiami bibliografici

- 1 G. Casanova, *Storia della mia vita*, a cura di C. Cordiè, trad. E. Dall'Oglio, Roma, Casini, 1961, vol. I-IV.
- 2 G. Dalla Bona, *Dell'uso e dell'abuso del caffè. Dissertazione storico-fisico-medica*, Livorno, Fanteschi, 1762; L. Bonuzzi, *Il caffè al tempo di Giovanni Dalla Bona*, «Verona Medica», 3 (2017), pp. 40-43.
- 3 Oggi il 'Ristorante del Cambio' è noto soprattutto per aver annoverato Cavour fra i suoi abituali clienti (*Ristorante del Cambio dal 1757*, Torino, s. d.).
- 4 In Venezia "la prima 'bottega del caffè' fu aperta in piazza San Marco nel 1683" (D. Rava, *Il caffè. La storia e gli aromi di un'antica tradizione*, Fiesole, Nardini Editore, 1995, p. 56). Sui caffè veneziani si veda: G. Tassinari (?), *Sei Caffè di Venezia*, s. l., Tip. Compositori, s. d.; D. Reato, *Il caffè Florian*, Venezia, Filippi, 1984; *La bottega del caffè – i caffè veneziani tra '700 e '900*, a cura di D. Reato e E. Dal Carlo, Venezia, Arsenale Editrice, 1991.
- 5 G. Baffo, *I omeni delicati*, in *Raccolta universale delle opere*, a cura di E. Bartolini, Milano Longanesi, 1971, I, p. 225.
- 6 Nelle prime battute della commedia si ricorda come il caffè sia ormai una bevanda comune ad ogni livello sociale: lo consumano "i lavoranti, i barcaruoli, i marinai" ma anche i facchini. E più oltre si commenta: "Una volta correva l'acquavite, adesso è in voga il caffè" (C. Goldoni, *La bottega del caffè*, Atto primo, Scena prima).
- 7 Accanto al caffè e al tè anche la cioccolata è ricordata fra le più comuni bevande stimolanti da Bennett A. Weinberg e Bonnie K. Beader, *Coffeine*, con Presentazione di E. Illy, Roma, Donzelli, 2002, p. 10.
- 8 W. Schivelbusch, *Storia dei generi voluttuari. Spezie, caffè, cioccolata, tabacco, alcol e altre droghe*, a cura di A. Borsari, Milano, Bruno Mondadori, 1999.
- 9 L. Gay, *Ostrica mare vivo*, Milano, idea Libri, 1988, p. 24.
- 10 G. Casanova, *Jcosameron ovvero Storia di Edoardo e di Elisabetta*, con Prefazione di G. Spagnoletti, Milano, Lerici editori, 1960.
- 11 Sull'opera e sul personaggio di Casanova si ricordano le riserve di Pompeo Molmenti, *La storia di Venezia nella vita privata. Il decadimento*, Trieste, Lint, 1973, III, p. 372.
- 12 Gino Damerini, nel suo saggio sulla vita privata in Venezia nel '700, non dimentica di ricordare l'impegno del governo per orientare correttamente l'organizzazione sociale (G. Damerini, *La vita privata e la vita sociale*, in *Storia della civiltà veneziana*, a cura di V. Branca, Firenze, Sansoni, 1979, III, pp. 165e seg.)

## *Anelli, problema carenza sanitari legato a poca attrattività SSN*

Il superamento del numero chiuso a Medicina "presenta vari problemi e non garantirebbe la possibilità di impiegare tutti i medici formati".

Lo afferma all'ANSA il presidente della Federazione degli ordini dei medici (Fnomceo), Filippo Anelli, secondo il quale la commissione annunciata dal ministro dell'Università e Ricerca per la modifica dell'accesso programmato alla facoltà di Medicina dovrebbe piuttosto puntare a definire "una giusta programmazione degli accessi".

"La nuova commissione - spiega Anelli - dovrebbe provare a dare una risposta in termini di una giusta programmazione definendo gli accessi necessari a Medicina; al contrario, un superamento tout court dell'attuale numero chiuso rischia di creare una

pletora di medici nel nostro Paese ai quali non si riuscirebbe ad assicurare un impiego, e la conseguenza inevitabile sarebbe la loro fuga verso l'estero". La creazione di una commissione, "che spero coinvolga tutti gli attori e le parti interessate - prosegue - è sicuramente una metodologia condivisibile, ma bisogna affrontare la questione confrontandosi e senza pregiudizi".

Rispetto infatti all'attuale carenza di medici nel Servizio sanitario nazionale, sottolinea Anelli, "bisogna partire da un dato: in Italia abbiamo 4 medici ogni 1000 abitanti, mentre la media in Europa è di 3,7. Dunque i medici ci sono e il problema è piuttosto la scarsa attrattività del Servizio sanitario nazionale, che spinge i professionisti sanitari a lasciare il pubblico per andare altrove".

Il tema della carenza di medici, cioè, "è legato soprattutto ad un problema di attrattività del Ssn che va risolto". Inoltre, l'eliminazione del numero chiuso determinerebbe, secondo Anelli, anche altre due criticità: "si rischierebbe di abbassare la qualità dell'offerta formativa se il numero di accessi diventasse troppo alto e, a livello più generale, non si riuscirebbe a garantire un effettivo impiego a tutti. Il punto è che l'accesso alla formazione in Medicina richiede una necessaria definizione dei fabbisogni, e torna dunque il tema della programmazione". "Dobbiamo insomma riuscire a formare il giusto numero di medici ed affrontare tale questione - conclude - in modo realistico".

FONTE ANSA



# Investire nel Servizio sanitario nazionale: Anelli (Fnomceo) in audizione al Senato sul “Milleproroghe”

Dalla ricetta elettronica all'Educazione continua in medicina, dall'impiego dei laureati e degli specializzandi per far fronte alla carenza di specialisti a quello, in deroga al riconoscimento titoli, dei medici stranieri: sono stati questi i provvedimenti contenuti nel “Milleproroghe” che sono finiti sotto la lente d'ingrandimento della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, ascoltata questo pomeriggio in audizione al Senato, presso le Commissioni riunite I (Affari Costituzionali) e V (Bilancio).

Il presidente della Fnomceo, Filippo **Anelli**, partendo dal presupposto che la professione medica ha nella salute – intesa come condizione di benessere fisico e psichico della persona, in un ambiente salubre – il suo principale e fondamentale obiettivo, ha sottolineato la necessità di investire nel Servizio sanitario nazionale, per continuare a garantire universalità eguaglianza ed equità. Perché la tutela della salute non può essere limitata da ragioni economiche.

Bene la possibilità per il medico di continuare a inviare per mail o sms il promemoria o il numero della **ricetta elettronica**. La disposizione, secondo la Fnomceo, “denota un chiaro nonché auspicato intento di velocizzare e semplificare il sistema nel primario interesse del paziente”.

Necessita di un chiarimento, invece, la norma che dà tempo ai professionisti sino al 31 dicembre 2023 per acquisire i **crediti Ecm** relativi al triennio 2020-2022.

“Si chiede un autorevole intervento di codeste Commissioni – ha suggerito **Anelli** - affinché, durante l'iter parlamentare del disegno di legge n. 452, possano essere apportate delle modifiche volte a chiarire che, mantenendo

la suddivisione in trienni formativi, il periodo sul quale si estende la proroga dell'acquisizione dei crediti da conseguire nel triennio 2020-2022 sia da riferirsi all'anno 2023 con scadenza al 31 dicembre 2023”.

Anelli ha anche proposto la possibilità di crediti compensativi, definiti dalla Commissione nazionale Ecm, per recuperare quelli non conseguiti nei trienni 2014-2016 e 2017-2019.

Più in generale, ha sottolineato la necessità di migliorare e valorizzare il sistema della formazione continua nel settore salute.

“Il sistema ECM – ha ribadito - a 20 anni dal suo avvio richiede un rilancio delle sue attività, per meglio rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario nazionale e allo sviluppo professionale”.

“Bisogna puntare sulla qualità degli eventi formativi – ha spiegato - per migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali degli operatori sanitari, con l'obiettivo di assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale. La formazione deve essere adeguata alle esigenze del Servizio sanitario nazionale, che deve fare i conti con i nuovi scenari legati, ad esempio, all'intelligenza artificiale, alle inedite frontiere della bioetica, alla cronicità e, non ultima, alla multidisciplinarietà e al lavoro in equipe”.

Bene la proroga della possibilità del **reclutamento a tempo determinato di laureati** in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti agli Ordini professionali; va tuttavia chiarito che può essere **applicata anche agli specializzandi**, così come previsto, del resto, dallo stesso decreto “Cura Italia”.

“Tale intervento – ha sottolineato Anelli - evidenzia il grande problema della carenza di medici in molte regioni italiane: problema noto e denunciato da tempo. Bisogna cambiare paradigma sulla programmazione, sburocratizzare e rendere attraente la carriera con più risorse e più dignità del lavoro. La programmazione, che spetta alle regioni, è stata impostata in questi anni sulla disponibilità di risorse economiche e non sulla reale esigenza di professionisti. La programmazione invece va fatta sulle reali esigenze e conseguentemente vanno trovate le risorse”.

“Il tema della carenza di medici – ha continuato - è legato soprattutto ad un problema di attrattività del Servizio sanitario nazionale che va risolto. Inoltre, l'eventuale eliminazione del numero chiuso determinerebbe diverse criticità: si rischierebbe di abbassare la qualità dell'offerta formativa se il numero di accessi diventasse troppo alto e, a livello più generale, non si riuscirebbe a garantire un effettivo impiego a tutti i professionisti. Il punto è che l'accesso alla formazione in Medicina richiede una necessaria definizione dei fabbisogni. Dobbiamo insomma riuscire a formare il giusto numero di medici ed affrontare tale questione in modo realistico. Corretta programmazione, però, non significa solo definire il numero degli ingressi al percorso formativo: significa anche aumentare i posti letto, e ricalibrare il numero di specialisti e di professionisti sanitari per paziente, per migliorare la qualità dell'assistenza”.

Appare urgente, secondo il presidente **Fnomceo**, un aggiornamento del tetto di spesa per il personale, fissato al monte salari del 2004 diminuito dell'1,4%, che limita le assunzioni. E, soprattutto, bisogna rendere più attrattivo il lavoro.

*“Molti colleghi lasciano per l'estero – ha raccontato - dove gli stipendi sono migliori, e molti altri per le cooperative, dove il salario immediato è più alto e non ci sono ordini di servizio, per cui si può organizzare meglio la propria vita privata. Non solo maggiori risorse, dunque, (l'Italia è agli ultimi posti per gli stipendi dei sanitari), ma anche una migliore qualità di vita individuale, che a oggi è "inaccettabile". Negli ospedali vi sono turni massacranti per mancanza d'organico, retribuzioni più basse rispetto al resto d'Europa, rischio più alto di contenziosi medico legali e aggressioni, poca flessibilità nell'attività libero professionale. L'organizzazione ospedaliera e territoriale deve essere, quindi, riformata”.*

Infine, la questione dei **medici stranieri impiegati in deroga** al riconoscimento dei titoli affidato, di norma, al Ministero della Salute.

*“Non vogliamo certo impedire ai colleghi extracomunitari – ha chiarito, ancora una volta, Anelli -di esercitare in Italia: quello che chiediamo è che siano verificati i loro titoli, le loro competenze e che sia controllata la loro adesione ai principi deontologici. Le procedure di riconoscimento dei titoli presso il Ministero, d'altra parte, sono ancora oggi possibili e possono essere immediatamente rese più snelle e più rapide proprio al fine di rendere disponibili, senza disparità di trattamento rispetto ai colleghi italiani, questi professionisti al sistema salute italiano”.*

I medici stranieri chiamati in deroga, infatti, allo stato attuale non sono sottoposti né a una certificazione approfondita delle competenze da parte del Ministero della Salute, né al controllo deontologico da parte degli Ordini, che non possono verificare neppure la conoscenza della lingua italiana, importante perché, come dice la legge, la comunicazione è tempo di cura. E questo, secondo la **Fnomceo**, crea disparità.

*“Crea disparità – ha specificato Anelli - rispetto ai professionisti italiani, che devono studiare dai 9 agli 11 anni per acquisire le competenze necessarie a esercitare nel nostro Servizio sanitario nazionale, e poi iscriversi agli Ordini. Crea disparità rispetto a quei professionisti che sinora hanno seguito, come in questo caso, il normale iter. E, cosa più importante, crea disuguaglianze nell'accesso alle cure, perché i cittadini, a seconda della Regione in cui vivono, vengono affidati a professionisti con competenze e vincoli deontologici non uniformi”.*

La **Fnomceo** chiede pertanto di rivedere la normativa che, introdotta la possibilità della deroga per far fronte alla crisi sanitaria legata alla pandemia di Covid, la ha poi prorogata ben oltre la fine dello stato di emergenza, sino al 31 dicembre 2023, *“mettendo a rischio un sistema di controlli e di garanzia per la sicurezza, appunto, delle cure e per la qualità dell'assistenza”.*

*“Ciò che conta – ha chiosato Anelli - è*

*che sia garantita la qualità dell'assistenza: da qui l'invito al raccordo con il Ministero della Salute, che ha esperienza nel riconoscimento dei titoli, e con gli Ordini, che coniugano la certificazione delle competenze con l'adesione a norme etiche condivise.*

*Riteniamo inoltre che sia opportuno, prima di rivolgersi all'estero, esplorare tutte le possibilità in Italia, prevedendo l'impiego, sempre in via emergenziale e volontaria, dei medici specializzandi e dei pensionati”.*

*“In conclusione – ha finito Anelli - ribadiamo la necessità di investire nel Servizio sanitario nazionale per continuare a garantire universalità, uguaglianza ed equità anche nelle cure, favorendo il più possibile il reclutamento di laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti agli Ordini professionali, non solo per fronteggiare l'emergenza pandemica, ma soprattutto per sopperire alle carenze di personale registrate su tutto il territorio nazionale. Bisogna far fronte al problema delle disuguaglianze di salute e per questo serve una riflessione comune, per comprendere le cause e trovare soluzioni. La finalità prevalente del sistema di sanità pubblica deve essere quella di assicurare prestazioni legate a un bene di primaria rilevanza nell'ordinamento – la tutela della salute - che non può essere limitato da ragioni economiche”.*

FONTE: UFFICIO STAMPA FNOMCEO  
16 GENNAIO 2023

## **DIPLOMA DI FORMAZIONE SPECIFICA DI MEDICINA GENERALE PER INCARICHI DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO**

La Corte Costituzionale ribadisce che l'art. 21 del D.Lgs. n. 368 del 1999 subordina l'attività di medico chirurgo di medicina generale nel Servizio sanitario nazionale al possesso del diploma di formazione specifica di medicina generale, e l'art. 8, comma 1, lettera h), del D.Lgs. n. 502 del 1992, individua tale requisito quale principio a cui informare gli accordi collettivi nazionali per la disciplina del rapporto di convenzionamento. Pertanto, per l'assegnazione di incarichi a tempo indeterminato, anche nell'emergenza sanitaria territoriale, i suddetti accordi impongono il possesso del diploma di formazione specifica di medicina generale, che è condizione necessaria per l'iscrizione nella graduatoria regionale utilizzata per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, nonché il possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.

## Che anno sarà il 2023 per l'Enpam?

Mai come ora tra tempi di guerra, costi energetici, inflazione e recessione vale l'assunto secondo cui non c'è buona previdenza se non c'è buon lavoro. Abbiamo attraversato le incertezze della pandemia mantenendo salda la rotta grazie alla nostra bussola istituzionale che è fatta da quattro punti cardinali: autonomia, contributi, prestazioni e patrimonio, ciascuno di questi con le proprie peculiarità e potenziali criticità, derivanti anche dalle posizioni intermedie tra questi.

Penso per esempio al quadrante tra autonomia e contributi, e nello specifico al rischio corso, che sembrerebbe sventato, di passaggio alla dipendenza della medicina di famiglia. Oppure, in riferimento al settore compreso tra patrimonio e prestazioni, all'ormai ricorrente invito a investire il patrimonio della Fondazione nell'economia reale del Paese, saltando a piè pari il dovere istituzionale di investire in logica di protezione del capitale per finanziare le prestazioni, ed eventualmente le attività di quelle libere professioni il cui ruolo è ritenuto motore di sviluppo e di crescita per l'economia nazionale. Penso che il riferimento alla bussola sia ancora attuale e che i nuovi rischi che arrivano dai versanti intermedi rappresentino altrettanti nodi cruciali del lavoro che dovremo affrontare. Nel pieno della pandemia pochi avrebbero immaginato l'ulteriore scenario critico di una guerra vicino a casa, della sua escalation e di tutto quello che ne è seguito e ancora seguirà. Siamo di fronte a una crisi geopolitica internazionale caratterizzata da diverse strategie antinflattive e antirecessive tra Stati Uniti ed Europa, che stanno già condizionando l'attuazione del Piano nazionale ripresa e resilienza (Pnrr). Gli interventi previsti dal Piano non sono stati modificati ma sono inevitabilmente influenzati dalle nuove condizioni e soprattutto dai nuovi costi. Mai come ora dovremmo essere previdenti cercando di anticipare con un

approccio logico il tempo che verrà, nello stesso tempo considerando l'attuale problematica realtà lavorativa.

Se il bilancio preventivo dello scorso anno è stato suggellato dalla domanda "ha avuto un senso la privatizzazione?", e abbiamo dimostrato che in effetti aveva senso, oggi il concetto chiave è "una buona previdenza non può prescindere da un buon lavoro". Ciò vale anche se verosimilmente ci stiamo proiettando verso un periodo di bilanci grami, che possiamo però affrontare usando il "fieno accumulato in cascina" in più di dieci anni di previdenti gestioni e accantonamenti, derivanti dalle nostre riforme delle pensioni e delle modalità di gestione del patrimonio.

L'impegno della Fondazione dovrà necessariamente concentrarsi sul lavoro e sulla nuova organizzazione del Servizio sanitario nazionale, sotto l'egida del Pnrr e delle sue eventuali evoluzioni. Quello che appare certo è che il piano di rilancio si basa sull'accordo per cui i finanziamenti Comunitari verranno erogati se a livello nazionale saranno messe in atto le riforme richieste, al fine di coordinarci maggiormente con l'Europa.

Oggi l'assetto geo-politico europeo, anche in conseguenza dei venti di guerra che soffiano, non appare così compatto come una certa iconografia in tempo di pace intendeva trasmettere. Ci sono infatti linee di contrasto, se non di vera e propria frattura, tra le politiche nazionali, dettate dalle diverse esigenze e convenienze, che non sembrano trovare soddisfacente risposta e rappresentanza nella visione unitaria europea. Da un lato abbiamo infatti i Paesi mediterranei, dove talvolta l'esposizione al "mare nostrum", con le sue potenzialità e le sue problematiche, appare l'unico legame tra loro esistente. Dall'altro i cosiddetti Paesi continentali, rigorosi ed efficientisti, che esternamente invocano frugalità mentre al bisogno adottano

politiche selettive di autotutela. Mentre la fascia ad est, che non può scrollarsi di dosso la parte di Storia legata al Patto di Varsavia, vive di riflesso con visioni comunitarie disomogenee e pulsioni sovraniste.

Nell'attuale situazione gli elementi di diversità – che caratterizzano questa tripartizione fra Paesi mediterranei, frugali e della fascia ad est – da potenziali fonti di arricchimento stanno diventando motivo di divisione. Questo è uno scenario da monitorare attentamente anche in vista di possibili conseguenze economiche e sociali, collegate ai rincari energetici e dei beni di consumo, agli effetti della de-globalizzazione sulla logistica delle catene di approvvigionamento e alla perdita del potere d'acquisto causato dall'inflazione. Ecco perché l'attenzione massima da parte della Fondazione sarà focalizzata sul lavoro medico e sulla professione. Difenderemo la professione medica, che dovrà essere necessariamente adattata al cambiamento, e l'atto medico che ne è parte caratterizzante. Pretenderemo che i modelli organizzativi non prevalgano sul fattore umano e sulla forza lavoro che il capitale umano è in grado di sviluppare.

Il Servizio sanitario nazionale è reduce da anni di sottofinanziamento, che è stato pagato soprattutto dalla sua componente professionale, e di mancanza di un'adeguata programmazione. Dopo le risorse aggiuntive stanziare per le fasi consequenziali alla pandemia, dal 2025 ci troveremo di nuovo ad affrontare un finanziamento inferiore ai bisogni dei cittadini e alle esigenze del sistema. Non indifferente sarà anche la ridefinizione dei Lea, i Livelli essenziali di assistenza, per renderli effettivamente disponibili e appropriati, pur nella non ottimale ripartizione di ruolo e competenze fra Stato e Regioni. Non possiamo certamente leggere il futuro, ma possiamo cercare di fare pre-videnza, nel vero senso etimologico del termine, antici-



freestill.com - 32/04/2021 - Immagine di Danu483

pando logicamente eventuali scenari e attuando le strategie necessarie per affrontare le sfide. La medicina cambierà sotto l'impulso della tecnologia. Non solo la telemedicina, che peraltro è un insieme di attività non ancora uniformemente disponibili dalla popolazione e non sempre di provata efficacia.

Si avrà uno sviluppo della medicina predittiva, della medicina di precisione sempre più personalizzata e anche della modellistica organizzativa, per tentare di risolvere problematiche legate alla prevenzione trascurata, alle liste d'attesa, al corretto dimensionamento tra capitale umano professionale clinico e quello manageriale, tecnico e amministrativo. Sono impegni importanti.

Continuo a pensare che l'Enpam, che vive della medicina praticata sul territorio – la medicina distrettuale – debba soprattutto concentrarsi sul rapporto fiduciario che sta alla base di questa macroarea. Il rapporto fiduciario è il suo vero valore fondante. La medicina di famiglia è centrata sulla relazione, che è già tempo di cura, tra medico e cittadino e tra medico e genitori del bambino. Lo scrigno che custodisce questo valore è lo studio professionale, che è poi la vera concretizzazione del concetto di prossimità, indispensabile sia per l'attività convenzionata che per quella libero professionale, fermo restando l'ospedale come luogo dell'approccio alle acuzie. Vi sono seri dubbi, infatti, che la Casa di comunità così come è stata prospettata possa essere il contenitore adeguato a questo valore aggiunto.

Potrà però coordinarne l'esercizio se verranno fatti i cambiamenti necessari per raggiungere una corretta integrazione interprofessionale in una logica di medicina di comunità.

L'Enpam difenderà il valore aggiunto della fiduciarità e della prossimità come scelta di campo, anche valutando un impiego del suo patrimonio in un approccio mission related che si proponga di sviluppare e qualificare la rete degli studi professionali, dotandoli della tecnologia e della connessione oggi indispensabile per un approccio multiprofessionale alla diagnosi e cura dei problemi clinici, alla presa in carico della cronicità e plurimorbosità, all'approccio alla fragilità e alla palliazione, alla prevenzione d'iniziativa, sia medica che odontoiatrica. In logica di interesse pubblico collettivo, cercheremo di promuovere il Piano d'azione congiunto One Health dell'Organizzazione mondiale della sanità per prevedere, prevenire, rilevare e meglio rispondere alle minacce per la salute delle persone, degli animali, delle piante e dell'ambiente, contribuendo a uno sviluppo sostenibile e al contenimento del cambiamento climatico. Appare evidente che la chiave di volta strategica per sostenere il lavoro medico sia la formazione, dagli studi pre-laurea con i licei a curvatura biomedica, passando per gli studi universitari, fino alla formazione post-laurea specifica e permanente. In questo appare fondamentale il ruolo degli Ordini professionali, nel rapporto con i Dicasteri coinvolti, con le Università e con le Regioni, oltre che con i professionisti e le loro organizzazio-

ni di riferimento. Per quest'obiettivo, un'importante iniziativa è la piattaforma Enpam Tech2Doc, uno strumento gratuito di formazione e informazione sulla frontiera avanzata della salute digitale e sulla conoscenza tecnico scientifica, dedicato a tutti gli iscritti. Grazie a questo strumento è possibile ampliare il livello di competenza e conoscenza della propria professione. L'obiettivo di quest'iniziativa è di contribuire al recupero dell'autorevolezza e della rilevanza sociale della professione medica e odontoiatrica, restituendole al contempo orgoglio, passione, dedizione e la motivazione alla professione.

La qualità del lavoro è l'elemento fondante di una previdenza efficiente, capace cioè di realizzare progetti e di raggiungere gli obiettivi al minor costo e nella maggiore sicurezza possibile. Dare il massimo sostenibile agli iscritti rimane il nostro impegno principale. Nel farlo dovremo probabilmente rivedere i criteri stessi di sostenibilità, raccordandoli all'esigenza sempre più pressante di dare sostegno e supporto immediato ai professionisti, talvolta anche in supplenza dello Stato.

In tal senso insisteremo sull'ampliamento dell'utilizzo della fiscalità di scopo, sulla defiscalizzazione degli investimenti che hanno un indubbio valore di interesse comune, e su una vigilanza più attenta al risultato, cioè più focalizzata sull'efficienza che sui percorsi operativi che si intraprendono per raggiungere il fine.

Continueremo a chiedere un assetto giuridico e legislativo semplificato, più stabile e più coerente con la nostra finalità istituzionale, fatta di autoregolamentazione e di autonoma capacità di riformarci. Con queste azioni vogliamo comunicare al nuovo Governo e al nuovo Parlamento, cui vanno i nostri migliori auguri di buon lavoro, il senso del nostro impegno, supportato dalle cifre e dai riscontri, anche quelli relativi al sacrificio dei colleghi caduti sul lavoro, proponendo la nostra collaborazione nel settore che ci compete, nella convinzione di poter essere utili alla ripresa e allo sviluppo del Paese.

ALBERTO OLIVETI  
PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE ENPAM

# Costruire la pensione con ricongiunzione, cumulo o totalizzazione



Ci sono medici che in una carriera professionale ricca di attività hanno seminato contributi tra Enpam e Inps. Altri camici bianchi hanno avuto una vita lavorativa precedente, per mantenersi agli studi o sono stati impiegati nell'azienda di famiglia. Altri ancora hanno una storia professionale più lineare, ma si trovano comunque ad avere lasciato in più gestioni pezzi del loro tesoretto di contributi. Frammenti, anche significativi, che da soli non danno luogo a una pensione e – come nel caso di quelli custoditi dall'Inps – potrebbero andare persi.

In tutti i casi, arrivati a un certo punto della carriera è necessario fare ordine nei contributi maturati, per impilarli come mattoni e costruire al meglio la propria pensione.

Allora la domanda è: ricongiunzione, cumulo o totalizzazione? Chiariamo subito: non c'è una risposta universale e valida per tutti sul sistema migliore per riunire i periodi contributivi accreditati in altri enti previdenziali al di fuori dall'Enpam e costruire una (unica) pensione.

La risposta è soggettiva, da valutare caso per caso e con anticipo, al fine di fare fruttare al massimo i contributi maturati nel corso di una carriera “frastagliata” e ottenere l'assegno mensile più alto possibile. Prima di scegliere la strategia costruttiva va quindi fatta una valutazione molto attenta sulla base della propria condizione specifica. Conti alla mano, vanno pesati con attenzione costi e benefici.

Oltre che in questo articolo, le tre soluzioni per mettere insieme i contributi sono messe a confronto nella tabella interattiva che puoi trovare qui.

### 3 “COLLANTI” PER I TUOI CONTRIBUTI

Come accennato, i “cantieri” per rimettere insieme tutti gli “spezzoni” di contribuzione (compreso il riscatto

della laurea) sparsi in varie gestioni previdenziali sono tre: ricongiunzione, cumulo e totalizzazione.

Come precisato, la scelta è strettamente soggettiva e va valutata con attenzione caso per caso. Le differenze sono nei costi, nei tempi di attivazione, negli effetti che avranno sull'assegno di pensione e, non da ultimo, nelle tutele che il pensionato e i suoi familiari potranno ricevere dall'ente previdenziale che si occuperà di loro. La ricongiunzione, ad esempio, ha dei costi, che però possono essere riassorbiti dai contributi che vengono trasferiti da un ente all'altro e si può fare nel corso della carriera lavorativa. Permette quindi di fare ordine nella “storia contributiva” tramite il trasferimento dei contributi maturati a un unico ente previdenziale e, soprattutto, se richiesta il prima possibile permette di cristallizzarne i costi. Cumulo e totalizzazione, invece, sono istituti a titolo gratuito e si possono attivare solo quando si è in procinto di andare in pensione, accessibili a patto che non si sia già titolari di un trattamento pensionistico.

Le domande di cumulo o totalizzazione di fatto si sostituiscono alla domanda di pensione, che viene poi erogata dall'Inps. In termini reali, il medico o il dentista diventa a tutti gli effetti pensionato Inps. Ma vediamo di cosa si tratta.

#### RICONGIUNZIONE DA SUBITO

La ricongiunzione permette di riunire tutti i contributi sotto un unico tetto, trasportando quelli relativi a posizioni cessate, cioè maturati presso enti previdenziali ai quali non si versa più. Il risultato principale è quello di avere un'unica pensione, erogata da un unico ente. Con questo sistema confluiscono in un'unica gestione tutti i periodi di contribuzione. Puoi fare domanda in qualsiasi momento

della carriera lavorativa, solo se non sei titolare di una pensione, compresa quella anticipata di Quota A. E sia chiaro che prima si ricongiungono i contributi seminati in altre gestioni previdenziali, meno costerà farlo.

Un punto è da chiarire subito: la ricongiunzione ha un costo previsto dalla legge, che tuttavia può essere coperto dai contributi trasferiti, risultando quindi a “costo zero”. L'esborso necessario per la ricongiunzione aumenta con l'avvicinarsi dell'età pensionabile, quindi se si hanno contributi maturati in altre gestioni previdenziali è bene non attendere troppo tempo prima di fare una valutazione per eventualmente ricongiungerli.

Una ricongiunzione verso l'Enpam permette ad esempio di rimanere sotto l'ombrello della Fondazione, che diventerà l'Ente incaricato di erogare un'unica pensione. Una volta in pensione, l'iscritto continuerà a beneficiare di tutti vantaggi assistenziali e previdenziali garantiti dalla Cassa dei medici e dei dentisti. Un ulteriore vantaggio consiste nel fatto che tutto il patrimonio contributivo del medico e del dentista viene valorizzato, dal momento che anche i periodi contributivi maturati in altre gestioni previdenziali vengono considerati e pesati come se fossero stati maturati in Enpam. Vale lo stesso per il calcolo dell'assegno, che viene quantificato con il sistema utilizzato dalla Fondazione.

Avere l'Enpam come Cassa di riferimento è un aspetto vantaggioso anche sul piano della tutela dei familiari, nel caso in cui il medico o l'odontoiatra dovessero venire a mancare. Al coniuge superstite e agli orfani (che possono fare domanda di ricongiunzione entro due anni dalla morte del familiare), l'Enpam riconosce di norma assegni più alti o condizioni più favorevoli rispetto all'Inps. Le pensioni

erogate dalla Fondazione sono inoltre al riparo da sostanziosi tagli che, al contrario, l'Istituto pubblico può applicare in caso di altri redditi, fino a dimezzare l'importo del sostegno economico. Una maggiore tutela è prevista anche per medici e dentisti che debbano andare in pensione perché inabili, pur avendo magari un riscatto ancora in corso. Restare in casa Enpam significa anche essere al riparo dall'incognita dei cambiamenti imposti da Governo e Parlamento, cui invece sono soggetti i trattamenti Inps. Sia chiaro che, a differenza dell'Inps, l'Enpam non ha mai bloccato l'adeguamento delle pensioni all'inflazione.

Uno dei limiti della ricongiunzione, invece, si incontra sui contributi versati alla Gestione separata Inps, come accade ad esempio per quelli maturati durante le scuole di specializzazione. L'Inps non li ritiene ricongiungibili. Non benissimo, ma in sostanza poco male. Volendo andare comunque in pensione di vecchiaia con Enpam, il medico potrebbe presentare poi domanda di pensione autonoma supplementare all'Inps, che si può ottenere con sole 4 settimane di contributi.

Per completezza, c'è da dire che nel corso degli ultimi anni la magistratura si è espressa in più occasioni a favore della possibilità di ricongiungere i contributi della Gestione separata Inps. È il caso di un commercialista, che nel 2019 ha avuto il parere favorevole della Corte di Cassazione (sentenza n. 26039) e proprio quest'anno la Corte d'Appello di Milano (sentenza n. 97 del 2022) ha dato ragione a un consulente del lavoro che voleva ricongiungere all'Enpacl (la cassa previdenziale di categoria, come l'Enpam lo è per i medici e gli odontoiatri) i contributi versati alla Gestione separata. In buona sostanza i giudici di Milano hanno riconosciuto il diritto del lavoratore di poter disporre di un'unica pensione a partire dai contributi versati a più enti, cosa possibile solo con la ricongiunzione.

Si tratta in ogni modo di sentenze che per il momento hanno effetto solo sui casi particolari trattati nelle rispettive sedi giudiziarie. In ogni modo, è bene

ribadire che prima di scegliere la strada per mettere insieme i contributi, la regola fondamentale rimane quella di valutare attentamente, sempre conti alla mano.

### **CUMULO, UNICO ASSEGNO DALL'INPS**

Una delle virtù principali del cumulo è la gratuità di un'operazione che mette insieme i periodi contributivi non coincidenti, per raggiungere i requisiti per il pensionamento e avere un unico assegno di pensione. A differenza della ricongiunzione, il cumulo permette di mettere assieme anche i contributi maturati nella Gestione separata Inps. Ma al contrario della ricongiunzione, i periodi contributivi cessati, che da soli non hanno prodotto una pensione, vengono messi insieme in maniera "virtuale". Le varie quote di contributi, infatti, non confluiscono in un solo ente previdenziale, ma restano nelle gestioni a cui erano state versate. Di conseguenza, ciascun ente previdenziale che custodisce i contributi maturati li "valuta" con il proprio sistema di calcolo per determinare la parte di trattamento pensionistico di competenza.

Quindi il pensionato riceverà una pensione unica composta dalle quote pagate da Enpam e dagli altri enti previdenziali. L'assegno di pensione verrà invece erogato dall'Inps, anche quando non ci sono somme a suo carico. In buona sostanza il medico o l'odontoiatra che in vista del pensionamento sceglierà il cumulo dei periodi contributivi si troverà a diventare un pensionato Inps, anche se all'Inps non ha mai versato un euro.

Un'altra differenza fondamentale con la ricongiunzione è che la domanda di cumulo si presenta in occasione della maturazione dei requisiti per il pensionamento, presso l'ultima gestione previdenziale di iscrizione. Quindi la domanda di cumulo rappresenta di fatto una domanda di pensione. Possono scegliere la pensione in regime di cumulo gli iscritti a due o più forme di assicurazione obbligatoria, che non ricevono già un trattamento pensionistico e hanno cessato l'attività professionale di dipendenza, di convenzione o accreditamento con

il Servizio sanitario nazionale o svolta nell'ambito di una società accreditata con il Ssn.

### **COS'È LA TOTALIZZAZIONE**

La totalizzazione, al pari del cumulo, è un istituto a titolo gratuito che può consentire a medici e odontoiatri, che hanno versato contributi a diversi enti di previdenza, di raggiungere i requisiti per il pensionamento e ricevere una sola pensione. Anche se rappresenta ad oggi una strada poco praticata da medici e odontoiatri, rimane comunque una soluzione da non escludere a priori prima di averla valutata, sempre conti alla mano.

In termini essenziali, si tratta di un istituto che si può scegliere per andare in pensione sfruttando i periodi contributivi non coincidenti, maturati al di fuori dell'Enpam, compresa la Gestione separata Inps. I contributi non vengono trasportati verso un unico ente previdenziale, ma rimangono nelle gestioni in cui sono stati versati e l'assegno di pensione viene erogato dall'Inps, di cui il medico e l'odontoiatra diventano pensionati a tutti gli effetti.

L'assegno di pensione è calcolato pro quota, ma in questo caso l'Inps applica un criterio di calcolo contributivo che può risultare penalizzante soprattutto per la pensione anticipata. Inoltre, a differenza del cumulo, la pensione in totalizzazione si può richiedere anche se non sono trascorsi 30 anni dalla laurea in medicina o odontoiatria. Quindi in assenza di tale requisito, la totalizzazione potrebbe essere una soluzione.

### **PRIMA DI SCEGLIERE**

Se il primo comandamento della previdenza è: "La pensione non si raggiunge, si costruisce", la prima cosa è capire dove sono tutti i contributi che hai versato negli anni. Una sorta di "inventario" si può fare con un estratto conto dei contributi.

Si tratta di un'esplorazione che va fatta in tempo utile, ad esempio la metà della carriera lavorativa può essere già un buon momento per iniziare a fare un bilancio.

In secondo luogo, la domanda da farsi è: ho diritto a una pensione autonoma?

Se sì, bisogna verificare quando si raggiungeranno i requisiti. In assenza dei requisiti si può controllare a quanto ammonterebbe quella quota con una ricongiunzione. Allo stesso tempo sarebbero da valutare i benefici di un cumulo o di una totalizzare. In ogni modo, la valutazione va fatta sempre prima di presentare domanda di pensione, anche anticipata di quota A. Presentando una domanda di ricongiunzione è possibile conoscere

e “cristallizzare” il costo di un eventuale trasferimento dei contributi. In seguito alla domanda, l’iscritto riceverà una proposta di ricongiunzione, che si deve valutare in base ai costi e ai benefici che si avrebbero anche nel recuperare piccole parti di contribuzione. La proposta ricevuta, se vantaggiosa può essere accettata, oppure lasciata decadere. Ma attenzione: in quest’ultimo caso per presentare nuovamente domanda di

ricongiunzione bisognerà attendere 10 anni. Parallelamente alla domanda di ricongiunzione è opportuno richiedere a un patronato o all’Inps i calcoli di quanto frutterebbe andare in pensione in regime di cumulo o con una totalizzazione.

È impossibile fare degli esempi generali o dare consigli a priori, perché sono attendibili solo i conti reali che ritraggono una situazione specifica.

## *Enpam: pronti ad attuare norma per medici convenzionati fino a 72 anni*

L’Enpam è pronta a recepire l’eventuale norma che permetterà, ai medici convenzionati disponibili, di restare in servizio fino a 72 anni nell’attesa che arrivino giovani a sostituirli.

“Questa misura straordinaria sembra inevitabile per il Servizio sanitario nazionale e, per quanto questo possa essere controintuitivo, è nell’interesse dei giovani medici – dice il presidente dell’ente di previdenza dei camici bianchi Alberto Oliveti –. Data l’attuale carenza, senza un prolungamento provvisorio per i convenzionati anziani, infatti, tanti cittadini rischierebbe-

ro di restare senza servizio pubblico, mentre i futuri medici di famiglia vedrebbero scomparire i loro spazi professionali poiché nel frattempo, come abbiamo già visto accadere, verrebbero occupati da medici importati da Paesi extra-europei se non addirittura cancellati da riorganizzazioni forzate dell’assistenza primaria. I danni per le prospettive lavorative e previdenziali dei giovani sarebbero evidenti”.

“Il pensionamento massivo di medici di famiglia e di pediatri era ampiamente previsto, tanto che l’Enpam lancia l’allarme da più di 10 anni – ricorda il presidente dell’ente previdenziale –. Oggi questa misura d’emergenza, spostando il limite d’età per il pensionamento dei convenzionati, consentirebbe di dare maggiore solidità al sistema previdenziale della categoria senza togliere lavoro ai giovani. È anzi fondamentale che nei prossimi tre anni

vengano formati tutti i nuovi medici di medicina generale e i pediatri di cui c’è bisogno, recuperando il tempo perso”.

Nel frattempo Enpam può contribuire a tamponare la situazione permettendo ai convenzionati con determinati requisiti di anzianità di continuare a lavorare fino a 72 anni, ma riducendo il carico di attività e venendo affiancati, per la restante parte, da giovani medici già formati o ancora in formazione.

“Chi ha decenni di carriera alle spalle ha un bagaglio prezioso di competenze da poter trasmettere – dice Oliveti –. Allo stesso tempo è difficile che a settant’anni o più, un professionista possa sostenere tutta la pressione burocratica e i carichi che si sono via via sempre più aggravati”.

In questi casi l’Enpam può intervenire con l’APP, l’anticipazione di prestazione previdenziale, che permette al medico di rinunciare a una quota di introiti, iniziando però a ricevere una parte di pensione. Ad esempio chi continuasse a svolgere il 60 per cento dell’attività professionale, comincerebbe a percepire il 40 per cento dell’assegno pensionistico.



# L'Enpam rivaluta anche le pensioni, ma bisogna aspettare il via libera dei Ministeri

La rivalutazione delle pensioni Enpam c'è, anche quest'anno come ogni anno. Ma per riallineare l'importo delle pensioni al costo della vita, la Fondazione deve attendere il via libera dei ministeri vigilanti.

L'Enpam, infatti, ha deliberato anche per il 2023 di rivalutare al 75 per cento dell'indice dell'inflazione le pensioni delle gestioni del Fondo di previdenza generale e del Fondo della medicina convenzionata ed ac-

creditata fino al limite di 4 volte il trattamento minimo Inps (che significa circa 2250 euro lordi al mese) e al 50 per cento dell'indice l'eventuale parte della pensione mensile che supera questo limite.

## RIVALUTAZIONE DAL 1 GENNAIO 2023

La rivalutazione, una volta ricevuto il parere favorevole dei ministeri, decorrerà dal 1° gennaio 2023. Il pagamento, solitamente, arriva in prima-

vera insieme agli arretrati dei mesi precedenti. In ogni caso, per conoscere l'importo della rivalutazione, medici e dentisti possono controllare la voce "Integrazione Istat" nel loro cedolino.

Attenzione però a non fare confusione con il nuovo sistema di rivalutazione delle pensioni dell'Inps, che quest'anno prevede una minore rivalutazione rispetto ai criteri in vigore negli anni precedenti.

## 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 LEGALE (Avv. Donatella GOBBI)**

La consulenza va richiesta al n. tel. 045 594377 nelle giornate di lunedì e mercoledì dalle 15,30 alle 17,00

#### **CONSULENZA MEDICO LEGALE (Dott.ssa Federica BORTOLOTTI)**

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

#### **CONSULENTE FISCALE (Dott.ssa Graziella MANICARDI)**

La consulenza si espleta presso la sede dell'OMCeO VR, previo appuntamento telefonico richiesto al n. tel. 045 8006112, nella giornata di martedì dalle 09,30 alle 12,00.

Consulenza telefonica si può ottenere al n. 0376 363904 il lunedì dalle 15,00 alle 16,00

#### **CONSULENZA E.N.P.A.M. (Segreteria OMCeO VR - Sig.ra Rosanna MAFFIOLI)**

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

## Bonus anche per specializzandi e chi non ha la partita Iva, c'è il decreto

Anche gli specializzandi e i medici e i dentisti che non hanno la partita Iva entrano finalmente nella platea dei destinatari dei bonus da 200 e 150 euro.

È stato pubblicato il decreto, firmato dai ministri del Lavoro e dell'Economia, che estende ai lavoratori autonomi e ai professionisti non titolari di partita Iva l'accesso all'indennità una tantum da 200 euro, prevista dal decreto Aiuti per i redditi non superiori a 35mila euro, a cui medici e denti-

sti che hanno un reddito inferiore a 20mila euro possono sommare l'ulteriore bonus da 150 euro disposto dal decreto Aiuti ter. Ad annunciarlo è una nota del ministero del Lavoro, con la quale si dà notizia che l'ampliamento riguarda anche gli specializzandi in medicina e chirurgia.

L'Enpam già da dicembre ha aggiornato la procedura online per rendere possibile la compilazione del modulo anche ai professionisti senza partita Iva.

Dopo l'apertura delle domande agli specializzandi, rimasti esclusi dalle procedure Inps e ripescati dall'Enpam, la Fondazione aveva chiesto infatti di estendere il sussidio anche agli iscritti senza partita Iva, tra questi molti consistono in Medicina generale.

La Fondazione esprime il proprio ringraziamento al ministro del Lavoro, Marina Calderone, per avere accolto le richieste avanzate dall'Enpam in favore dei propri iscritti.

## Quota A sino a otto rate

Nel 2023 le rate di quota A si potranno fare più piccole, ma il pagamento in più volte sarà possibile solo con l'addebito diretto sul conto corrente. Per chi rimarrà con il bollettino il pagamento avverrà in unica soluzione. Per chi vuole attivare la domiciliazione bancaria, o cambiare il numero di rate, c'è tempo fino al 15 marzo 2023. L'addebito diretto scatterà in automatico anche per i contributi di Quota B 2023 eventualmente dovuti sul reddito libero professionale prodotto nel 2022. Con la domiciliazione oltre a evitare le file in banca, non ci sarà il rischio di dimenticare le scadenze.

Attivando la domiciliazione si potrà scegliere di pagare la Quota A:

- in otto rate senza interessi (30 aprile, 31 maggio, 30 giugno, 31 luglio, 31 agosto, 30 settembre, 31 ottobre, 30 novembre)
- in quattro rate senza interessi (30 aprile, 30 giugno, 30 settembre, 30 novembre);
- in unica soluzione (30 aprile).

Si può richiedere il servizio direttamente dall'area riservata del sito Enpam. Per attivare l'addebito diretto dei contributi è necessario compilare il modulo direttamente dall'**area riservata**. Se si chiede per la Quota A si estende automaticamente anche alla Quota B e viceversa.

Per conoscere le scadenze dell'attivazione e dei pagamenti si vedano le pagine specifiche.

### LO STATO AUMENTA L'INTERESSE LEGALE

Il ministero dell'Economia e delle Finanze, con un decreto emanato il 13 dicembre, ha portato il tasso di interesse legale dall'1,25 del 2022 al 5%. L'aumento scatterà dal primo gennaio 2023.

Non ci saranno effetti per chi paga contributi con rate che non prevedono interessi, come ad esempio la Quota A o la Quota B pagata in più volte entro l'anno con l'addebito diretto sul conto corrente.

Il balzo del tasso influirà invece sull'importo dei contributi previdenziali in ammortamento, come le rate di Quota B oltre l'anno solare o il pagamento dilazionato dei contributi non versati (evasi o in ritardo), cioè il cosiddetto regime sanzionatorio.

L'aumento del tasso influirà anche sulle rate dei riscatti e delle ricongiunzioni.



# CURA e RECIPROCIÀ

Recensione a cura di Giovanni Bonadonna

Valter Giantin medico geriatra e bioeticista e Giovanni Guandalini medico-fisiatra hanno curato l'edizione di un interessante volume: "Cura e reciprocità" <sup>(1)</sup>, che descrive le basi teoriche e gli aspetti pratici di un nuovo modello di cura basato sull'**etica della reciprocità**.

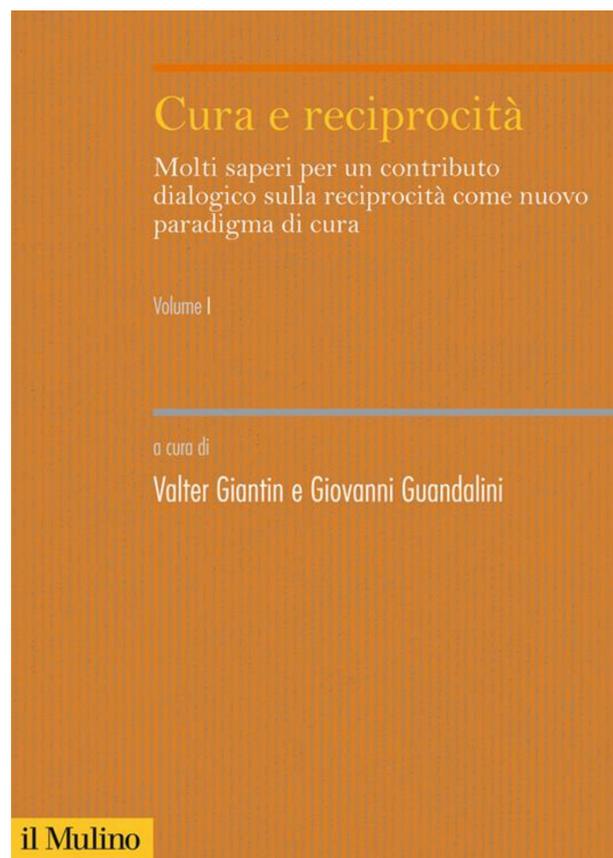
L'etica della reciprocità richiede di uscire dalla considerazione della propria persona e di entrare in relazione con l' "altro" come se l' "altro" fossi tu (cioè di considerare il rapporto con gli altri, secondo il **principio della regola d'oro: "fai agli altri quello che vorresti fosse fatto a te"**). Gli autori nella loro analisi prima approfondiscono il significato di "cura" e quello di "reciprocità": "**cura**" significa volgere lo sguardo verso l'altro, incontrare l' altro, comprendere e farsi carico dei bisogni dell' altro, "**reciprocità**" significa essere per l'altro e con l' altro, significa incontro e condivisione con l' altro in un dialogo rispettoso e costruttivo.

Intesa in questa ottica, la **relazione di cura** assume la dimensione della **relazionalità e della reciprocità**; da questo tipo di relazione derivano benefici per le persone assistite e per i curanti ed inoltre derivano benefici per il sistema organizzativo della sanità e più in generale per tutta la società.

La relazione di cura caratterizzata da relazionalità e reciprocità è un modello di relazione di cura che gli autori definiscono: "**modello dell' autonomia migliorata o della reciprocità decisionale**".

Tale modello di relazione, che prevede l' attiva partecipazione e condivisione delle scelte di cura da parte della persona curata, è oggi l' unico eticamente, deontologicamente e giuridicamente corretto, mentre altri modelli, quali il "paternalismo forte" ancora abbastanza diffuso, o il modello della "scelta indipendente" basata sull' "estremizzazione della autodeterminazione" della persona assistita, che pure talvolta viene invocato, sono modelli non adeguati alle esigenze di una relazione di cura eticamente fondata e giuridicamente corretta.

Il "**modello della autonomia migliorata o della reciprocità decisionale**", infatti, costituisce un efficace antidoto rispetto alla "spersonalizzazione" della persona curata ed alla "funzionalizzazione organizzativa" dei curanti, che al giorno d' oggi sono le principali cause del "malessere" dei pazienti e dei professionisti sanitari.



A partire da questa tesi di fondo, il volume raccoglie contributi, sia di tipo teorico sia di testimonianza esperienziale, di più autori portatori di saperi diversi e con diverse esperienze (medici, infermieri, educatori, filosofi, teologi, sociologi, pedagogisti), che confermano che **declinare la relazione di cura in termini di reciprocità produce una serie di benefici**, che allargandosi progressivamente come in un sistema a cerchi concentrici, vanno ad interessare sia le persone assistite, sia i professionisti sanitari, sia il sistema sanitario in termini di efficacia, efficienza e benessere organizzativo, sia più in generale tutta la società in termini di bene comune.

1) *Cura e reciprocità. Molti saperi per un contributo dialogico sulla reciprocità come nuovo paradigma di cura. Volume I (Il Mulino, 2022).*

