

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica

In questo numero:

Il capitale umano pag. 4

Anermia da infiammazione pag. 10

Alessandro Benedetti

UN MEDICO UMANISTA NELLA VERONA DEL QUATTROCENTO pag. 20

**Il simbolo dei medici,
tra mito e valori della categoria** pag. 23

Ladri di salute pag. 28

VERONA MEDICA

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

Anno LIX n. 1 MARZO 2024

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

ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VERONA



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

Direttore Responsabile
Roberto Mora

Comitato di Redazione
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

Foto di Copertina
Interni del Fiat Ducato
Giuseppe Calzavara

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 *Il Capitale Umano*

NOTIZIE DALL'ORDINE

7 *Verbali del Consiglio e delle Commissioni*

ALBO ODONTOIATRI

8 *Verbali della Commissione Odontoiatri*

AGGIORNAMENTO

10 *Anemia da infiammazione*

PROFESSIONE E LEGGE

13 *ECM: per i pensionati meno crediti*

14 *Rideterminazione delle scadenze di trasmissione telematica dei dati al Sistema Tessera Sanitaria*

15 *Il Concordato Preventivo Biennale e il MMG*

16 *Anelli: con la gobba pensionistica i gettonisti saliranno*

17 *Fattura elettronica, medici esonerati per tutto il 2024*

17 *Nuova Convenzione per MMG e Specialisti ambulatoriali*

19 *Test di ingresso a Medicina il 28 maggio e 30 luglio*

STORIA DELLA MEDICINA

20 *I padri veronesi della medicina. Rassegna storico-etica*

23 *Il simbolo dei medici, tra mito e valori della categoria*

25 *La Copertina - Breve Storia dell'autoambulanza
- L'Auto del Dottore
- Lo Stetoscopio*

ATTUALITÀ

28 *Ladri di salute*

29 *Associazione Medici a mani nude: l'ACN non dimentichi i medici di medicina generale morti per il Covid*

30 *Morbillo. Allarme del ECDC*

30 *Sondaggio FIMMG C.A: l'88% dei medici di continuità assistenziale ha subito almeno una violenza. Il 50% non denuncia*

31 *Fondo Sanità: un 2023 da incorniciare*

32 *Campagna di sensibilizzazione sul problema dei danni da plastica alla salute*

FOMCeO

33 *Dati sanitari, la Fnomceo chiede regole certe*

34 *Scudo Penale*

ENPAM

35 *Specialisti esterni, rinviato al 30 giugno il versamento del 4%*

36 *Tetto ai contributi previdenziali ENPAM per gli Specialisti Esterni*

37 *Pensioni più alte per i medici che decidono di restare al lavoro*

38 *Pensioni Enpam: adeguamento all'inflazione*

39 *Come tagliare le tasse e mettere il turbo alla tua pensione*

40 *Quei 400 euro di tasse che paghi in più ogni anno*

41 *Pensione più ricca per chi resta al lavoro*

42 *Ricordo del dottor GIUSEPPE COSTA*

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
Martedì	dalle ore 13,00	alle ore 17,00
Mercoledì	CONTINUATO dalle ore 9,00 alle ore 17,00	
Giovedì	dalle ore 13,00	alle ore 17,00
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.

Il Capitale Umano

“Il progressivo impoverimento del capitale umano del nostro SSN è una delle cause dell'aumento dei numeri dei buchi del formaggio svizzero e dell'ampliamento del loro diametro, che ne favoriscono l'allineamento, e del conseguente aumento delle criticità del sistema, secondo la nota teoria di James Reason”. (N.Cartabellotta, Fondazione Gimbe, 2023).

La crisi del personale sanitario è un problema comune a diversi Paesi europei, ma in Italia la mancata pianificazione del capitale umano, per l'alta qualificazione che esso possiede, per l'impegno economico che richiede la formazione di un medico (circa 200.000 euro), nonché per la rilevanza costituzionale del diritto alla salute che, attraverso il sistema sanitario, si concretizza, ha prodotto conseguenze che si sono manifestate agli occhi della popolazione durante la recente pandemia. Ciononostante, invano è stato il sacrificio di centinaia di medici, infermieri e operatori della Sanità, e non si intravedono all'orizzonte misure strutturali atte a correggere la grave crisi che ha colpito il personale del nostro SSN, in particolare medici e infermieri. (M.Geddes de Filicaia, Salute Internazionale, 2024, modificato).

I medici del SSN sono 102.500, hanno un'età media di 51 anni (i più vecchi d'Europa secondo l'ISTAT), per il 51% sono donne e rappresentano il 23% del personale SSN. A questi si aggiungono 39.000 medici di medicina generale (MMG), 7.000 pediatri di libera scelta (PLS) e 15.000 specialisti ambulatoriali. La professione nel corso degli anni ha visto una sempre maggiore presenza del sesso femminile; questa osservazione è confermata dalla percentuale crescente di dottoresse che si iscrivono negli ultimi anni all'OMCeO di Verona e provincia: esse sono il 42% sui 7.075 iscritti/e all'ordine, diversamente rappresentate nei tre sottogruppi di età diversa,

con una numerosità pressoché sovrapponibile: 2486 fra i 25 e i 45 anni, 2221 fra i 45 e 65 anni, mentre gli/le ultrasessantacinquenni sono 2368. Le dottoresse sono il 22% nella fascia di età anziana, il 45% nella fascia di età compresa fra i 46 e i 65 anni, e diventano il 60% fra i 25 e i 45 anni, una percentuale destinata ad aumentare in futuro. Quest'ultimo sottogruppo comprende dottoresse (più o meno) giovani, in età fertile, nel pieno della attività professionale, che dovranno essere tutelate e sostenute da un adeguato welfare, che consenta loro di conciliare il ruolo di madri e di professioniste, senza dover scegliere.

Spesso ci domandiamo se i medici siano pochi o sono tanti. Non sono pochi rispetto alla popolazione: in Italia i medici sono 4 x 1.000 abitanti, rispetto ai 3.58 x 1000 abitanti di Francia, Germania, Spagna e Inghilterra: *sembrerebbe quindi ci fosse un surplus di 28.981 medici*. Se però guardiamo al rapporto fra i medici e la popolazione di ultrasettantacinquenni (che diventerà prevalente in futuro, affetta da multiple comorbidità, e maggiormente bisognosa di cure mediche e di assistenza dal punto di vista socio-sanitario), *in realtà mancano oltre 17.000 medici*.

Gli infermieri sono 265.000, hanno un'età media di 47 anni e per il 78% sono donne: rappresentano il 60% del personale SSN.

Anche qui: sono pochi o sono tanti? Sono pochissimi in Italia, 6.3 x 1000 abitanti rispetto ad una media Europea di 8.3 x 1000 abitanti (in Francia sono 11 x 1000 abitanti e in Germania sono 13 ogni 1000 abitanti). Quindi, in Italia *mancano 237.300 infermieri*. Se però guardiamo al rapporto fra infermieri e popolazione di ultrasettantacinquenni, la carenza è ancora maggiore, perché *in realtà mancano oltre 350.000 infermieri*.

Questa carenza gravissima di personale infermieristico fa sì che in Italia i medici debbano svolgere compiti che in altri paesi europei sono svolti dalle professioni sanitarie.

Questa penuria di medici e infermieri desta preoccupazione per il futuro, alla luce del fatto che la nuova Sanità territoriale richiederà fra 26.000 e 40.000 operatori sanitari (tra medici, infermieri e operatori sanitari), che al momento non ci sono, e che il PNRR non prevede.

Perché siamo arrivati a questa situazione?

Le cause della decimazione dei medici sono molteplici:

Il blocco delle assunzioni, in vigore dal 2004 (!), solo parzialmente rivisto nel 2019, non ha permesso di sostituire chi lasciava l'ospedale. Secondo il presidente del Consiglio Regionale del Veneto, Luca Zaia: «negli ospedali del Veneto nel 2018 mancavano 1300 medici, nel 2023 ne mancano 3500».

La mancata/errata programmazione della formazione dei medici non ha tenuto conto dei previsti pensionamenti e dell'età media dei medici. Oggi i posti disponibili a Medicina sono 17.000 (il doppio del 2009). Tuttavia, il numero di neolaureati crescerà solo quando la gobba pensionistica si dimezzerà, ovvero verso il 2030, e a quel punto il numero di laureate/i saranno sufficienti, come numero assoluto, a riequilibrare il sistema: ecco perché la liberalizzazione dell'iscrizione a Medicina è *una proposta sciocca e demagogica*, che rischierebbe di farci tornare ad un'altra fase di pleora medica, con le nefaste conseguenze che molti di noi hanno vissuto in prima persona dopo la laurea negli anni '80.

L'imbuto delle scuole di specializzazione: era un problema presente fino a pochi anni fa, ora abbiamo piuttosto

il problema della *desertificazione che colpisce alcuni settori strategici* della sanità pubblica, *rispetto ad un overbooking* di quelle specialità che danno maggiore accesso alla libera professione e alle attività ambulatoriali. A Verona, nel 2023, su 746 borse di specialità ne sono state assegnate 399: il restante 43% è rimasto scoperto, con grandi criticità nelle aree di anestesia-rianimazione, emergenza-urgenza, medicina interna, chirurgia. Non sono state prese in considerazione scuole indispensabili nel contesto sanitario attuale, quali medicina di comunità e cure palliative, medicina di laboratorio, microbiologia.

La situazione veronese rispecchia il panorama nazionale, e rischia di avere ripercussioni molto pesanti sul nostro SSN.

E' indispensabile che i Ministeri competenti calcolino esattamente quanti medici servono nei diversi ambiti, e facciano in modo che i/le nostri/e neolaureati/e facciano scelte che possano sostenere il nostro SSN, e non basate solamente sulla redditività di una specializzazione.

Gli stipendi dei medici italiani sono più bassi rispetto alla media europea, aggravati da ritardi nella sottoscrizione di rinnovi contrattuali, e conseguente messa in atto degli accordi e questo non spinge le/i nostre/i giovani Colleghe/i a pensare in prima battuta ad un impiego nel SSN, come succedeva nel secolo scorso, ma considerandolo come *uno fra i possibili sbocchi professionali*, e soprattutto facendo scelte che penalizzano fortemente gli ospedali "di provincia", poco considerati per iniziare la loro carriera.

Né possiamo dimenticare gli effetti della mancata possibilità di progressione delle carriere: infatti, in dieci anni i posti di direttore di UOC si sono ridotti di un terzo, e quelli di direttore di struttura semplice del 44.5%, a seguito di *presunte riorganizzazioni dei servizi* (tagli di posti letto con accorpamenti e chiusure di reparti). Indubbiamente, questa riduzione delle possibilità di progressione di carriera ha inciso negativamente sulla motivazione del personale medico, favorendo la fuoriuscita dagli ospedali pubblici.

Anche la decimazione degli infermieri riconosce un concorso di cause, fra le quali una contrazione dei posti disponibili, che si verificò fino al 2019.

Più recentemente, si è osservato un calo delle domande di accesso al corso, che in alcune università non coprono neanche il numero di posti offerti, associato ad un tasso di abbandono del corso di laurea che in alcune sedi ha raggiunto il 25%.

Inoltre, le mansioni degli infermieri italiani sono di livello professionalmente più basso rispetto agli altri paesi Europei; concorre a ridurre l'attrattività della professione un sistema di welfare (abitazioni, trasporti, asili nido) che pesa maggiormente su un personale che per due terzi è femminile. A questo proposito, giova sottolineare come una solida rete di servizi per l'infanzia consenta alle lavoratrici in primis, e ai lavoratori, di integrare positivamente il ruolo di genitore con quello di lavoratore. E' nei primi mesi di vita che le lavoratrici rischiano di dover lasciare il lavoro e, in Italia, di non riuscire a rientrare. "Una donna su 5 (20%) abbandona il lavoro dopo la maternità, a causa della difficoltà di conciliare esigenze di vita con l'attività lavorativa, per motivazioni di carattere organizzativo nel 50% dei casi". (Servizi Studi della Camera, 2023).

Più offerta di nidi significa più nascite e più occupazione femminile, la quale porta a più nascite e più domanda di nidi (un circolo virtuoso di domanda e di offerta, che potrebbe essere una valida contromisura alla decrescita demografica).

Anche per gli infermieri si osservano stipendi inferiori a quelli europei e un calo del potere d'acquisto.

Non possiamo dimenticare l'esodo del personale che lascia l'Italia per altri Paesi, dove vengono loro offerte interessanti opzioni professionali: infatti, nel triennio 2021-2023 hanno lasciato l'Italia 11-12.000 medici e 18.000 infermieri (non tutti appartenenti al SSN). Il trasferimento all'estero non sarebbe di per sé un fenomeno negativo, visto come un interscambio di professionisti e di esperienze. Purtroppo, però, è un percorso a senso unico: infatti, mentre in Europa me-



Il Presidente OMCeO Carlo Rugiu

diamente il 18% dei medici sono stranieri con formazione eseguita altrove (il 30% in Gran Bretagna, il 13% in Germania, quasi il 12% in Francia), in Italia i medici laureati all'estero sono lo 0.9%.

Ricapitolando: i medici italiani vanno all'estero (mediamente 1.000 all'anno), dove trovano maggiore considerazione per la loro professione e per l'atto medico, migliori retribuzione e welfare, mentre i medici stranieri non vengono in Italia. Più in generale, esportiamo neolaureati/e non solo in Medicina (e non sono tanti/e di base), mentre invece dovremmo cercare di non perderli/e (sono oltre 6 mln gli italiani residenti all'estero). Importiamo braccianti non qualificati (5 mln gli stranieri residenti in Italia), mentre si dovrebbe sviluppare una politica di attrazione di immigrati qualificati. Questo flusso di professionisti/e in uscita, e di braccianti non qualificati in entrata non farà crescere l'Italia dal punto di vista culturale ed economico, anzi ci allontanerà ulteriormente dai paesi leader in Europa.

Secondo la FNOMCeO mancano all'appello oltre 20.000 medici (10.000 nei reparti ospedalieri, 4.500 nel pronto soccorso, e 6.000 MMG) *sempre che la situazione non peggiori*, a causa dei mancati ingressi nelle scuole di specialità, associati all'esodo verso altre opportunità di lavoro; le previsioni indicherebbero che entro 10 anni, superata la gobba pensionistica, rientreremo in una fascia di normalità, sia in termini quantitativi, sia come età media dei medici.

Da quanto sopra riportato, emerge un quadro a tinte fosche dei medici ospedalieri; la situazione dei MMG

non è migliore. Essi sono il cardine della assistenza territoriale e il primo punto di riferimento per la popolazione. Purtroppo, dal 2008 al 2023, i medici di famiglia si sono ridotti di 13.800 unità; inoltre, al momento oltre il 30% dei MMG ha più di 66 anni, e il 75% ha più di 54 anni. I MMG freschi di studi sono pochi. Il saldo dei MMG in attività è negativo, essendo anche qui il numero dei pensionandi maggiore rispetto a coloro che iniziano l'attività. Al 1° marzo 2024 erano in servizio tra Verona e provincia 395 MMG, e altri 42 stavano "aprendo", per un totale di 437 MMG. Sembrano tanti, ma preoccupa il numero di zone carenti nel veronese (210), pari al 48% del totale (quasi la metà!), che conferma la crisi di questo sbocco professionale.

Altri punti in discussione sono il ruolo giuridico dei MMG, a partire da una revisione della convenzione (Ornella Mancin, Quotidiano Sanità, 29.09.23) e la formazione specifica in Medicina Generale (Vittorio Mapelli, La Stampa, 27.06.23).

Allargando l'obiettivo, ed osservando i medici nella loro globalità, abbiamo constatato con amarezza come i medici del SSN, dopo la pandemia, da «eroi» siano rapidamente diventati frequente bersaglio di cittadini, sempre più esigenti ed aggressivi, di spregiudicati studi legali, e spesso non tenuti nella considerazione che meritano dai dirigenti delle Aziende Sanitarie, con i quali il dialogo è talvolta difficile.

Oggi, la professione non è più allettante come un tempo, per vari motivi: economici, di diritti, a causa di condizioni di lavoro disagiate, accentuate da una mole di carichi burocratici, da una transizione digitale che non decolla, e da un aumento della conflittualità coi pazienti, situazioni comuni a tutti i professionisti, dai medici dipendenti ai convenzionati ai liberi professionisti: nell'insieme, queste condizioni creano i presupposti per una "fuga" dalla professione, che accentua gli effetti di una programmazione sbagliata.

Il quadro sopra descritto è preoccupante, ma è la fotografia reale di una situazione nella quale ci siamo venuti

a trovare come conseguenza di una serie di errori ai quali sarà possibile porre rimedio solo con un preciso disegno politico.

Purtroppo, passata l'emergenza pandemica, siamo tornati ad una stagione di tagli e disinvestimenti nella Sanità. Invece, il sistema sanitario ha bisogno di una riforma strutturale, con finanziamenti consistenti, progressivi e duraturi nel tempo, non solo sulle strutture, ma anche e soprattutto sul personale, sul *capitale umano*.

Ci riferiamo ad un piano di programmazione solido per garantire il *numero giusto* di medici e di infermieri, con le *necessarie competenze*, per essere in grado di fornire *il tipo di assistenza* di cui la popolazione ha bisogno.

Gli ospedali pubblici dovranno rivedere i rapporti coi medici, le loro remunerazioni, in particolare nei dipartimenti di urgenza ed emergenza. E' indispensabile che tutto il personale venga rimotivato attraverso una profonda riforma del sistema, abolendo sprechi, disorganizzazione, farmaci ed esami inutili, puntando seriamente sulla digitalizzazione, e riducendo il carico burocratico che affligge tutti i medici italiani.

L'utilizzo del personale delle cooperative dovrà scomparire.

Dovranno essere studiati correttivi che assicurino una maggiore attrattività della professione di MMG, con interventi sulla loro formazione, sulla loro remunerazione e sull'organizzazione della Medicina Territoriale.

Il Parlamento dovrà varare *definitivamente* una riforma generale della colpa medica - una *spada di Damocle sui medici* che causa ogni anno 35.000 cause penali (archivate nel 97% dei casi) - che aspetta da anni una soluzione legislativa, e che non può trovare ogni anno una soluzione tampone, come recentemente accaduto con un emendamento del *Milleproroghe* (20.02.24).

E' utopia? Non lo sarà, se la nostra classe politica (tutta insieme) smetterà di considerare la Sanità un costo (come ha fatto negli ultimi vent'anni) e la considererà un investimento

a favore di tutta la popolazione, per continuare ad assicurare un Servizio Sanitario universale ad una popolazione che negli ultimi 50 anni è andata incontro ad un cambiamento radicale dal punto di vista demografico: questa situazione pone già oggi nuove sfide in termini sanitari, socio-assistenziali, organizzativi e di programmazione che richiedono un adeguamento del nostro SSN, che è ancora, sostanzialmente, quello del 1978.

CARLO RUGIU
PRESIDENTE OMCEO VERONA



Verbali del Consiglio e delle Commissioni

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 13 DICEMBRE 2023

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

1) Comunicazioni del Presidente

Il presidente spiega al Consiglio che sono stati portati in approvazione alcuni documenti anticipati via PEC, fra cui:

- il Codice di Comportamento del Personale, eseguito e scritto insieme con il personale degli Ordini del Veneto, con la sig. Maffioli e il dott. Accordini
- Il documento sulla normativa vigente nazionale ed europea in materia di whistleblowing che impone al nostro Ente, precise incombenze per garantire riservatezza, integrità e disponibilità dei dati personali trattati nell'ambito della gestione delle segnalazioni degli illeciti.

Il RPCT è il responsabile nominato ai sensi della L. 190/2012 destinatario delle segnalazioni da parte del soggetto che intende denunciare un illecito o una irregolarità all'interno dell'Ordine.

- Il Piano triennale della Transizione digitale da rinnovare ogni anno con le variazioni apportate
- Il piano triennale RPCT conforme la circolare da parte della FNOMCeO e controllato dal RPCT

Il consiglio approva i documenti all'unanimità.

- 2)** La Tesoriera specifica le voci principali elencate nelle delibere n. 8 -9
- II^ rata quota alla FNOMCeO di € 63.940.00 inerente € 23.00 per ogni iscritto

3) Iscrizioni e cancellazioni

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI CHIRURGHI

Iscrizione:

Dott. MANCUSO Giuseppe

Cancellazioni per decesso:

Prof. MASCHIO Giuseppe

Cancellazioni su richiesta:

Dott.ssa STURMA Loretta

Dott. TESSITORE Nicola

Cancellazioni per trasferimento:

Dott.ssa MANTOVANI Sofia

Vs Omceo Pisa

Variazione nominativo

e codice fiscale:

da Dott.ssa LENZ GAMBA

Maria Maddalena Guja

a Dott.ssa GAMBA Maria

Maddalena Guja

Cancellazioni e iscrizioni approvate all'unanimità.

PER IL SEGRETARIO, IL TESORIERE
DOTT.SSA CATERINA PASTORI

IL PRESIDENTE
DOTT. CARLO RUGIU

CARENZA DI CREON

Carenza Creon, le farmacie possono effettuare ordini diretti e i medici continuare a prescrivere informando i pazienti su contingentamento

Per far fronte in ogni modo possibile alla carenza dei farmaci a base di enzimi pancreatici, le strutture sanitarie possono importare il medicinale analogo autorizzato all'estero, mentre le farmacie possono effettuare un ordine diretto all'azienda produttrice. Lo comunica **Federfarma** in una circolare rivolta alle oltre 18mila Farmacie aderenti, che è stata condivisa anche con la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, la **Fnomceo**. "I medici potranno quindi – afferma il presidente della Fnomceo Filippo **Anelli** - continuare a prescrivere il farmaco, informando opportunamente i pazienti sulla situazione di contingentamento, che può dar luogo a carenze e attese. Si ringraziano Aifa e Federfarma per l'impegno condiviso, finalizzato a non interrompere le terapie, e per la comunicazione costante e trasparente con la Fnomceo". "Nonostante la distribuzione del Creon sia al momento contingentata, invitiamo i cittadini a non cedere alla tentazione di fare scorta di tale farmaco" afferma il presidente di Federfarma Marco **Cossolo**. "Infatti, medici e farmacie, in accordo con le Istituzioni, collaborano costantemente alla presa in carico del paziente e, nel caso specifico, per aiutarlo ad ottenere il farmaco di cui hanno bisogno".

Roma, 1° febbraio 2024

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 7 NOVEMBRE 2023

Presenti: Boscagin, Bovolin, Luciano, Zattoni.

Assente giustificato:

Pace

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

Comunicazioni del Presidente:

Caso dott. FF/parere di congruità: viene ripercorso il caso relativo alla convocazione della commissione conciliativa relativa alla richiesta di interposizione del dr. F, per parere di congruità relativo a cure prestate al Sig. XY. In data 10/10/2023 avviene l'incontro fra Il dott. F e l'avvocato del sig. XY, del Foro di Verona.

Viene redatto verbale e inviato alle parti. Viene data lettura del verbale dell'incontro.

Il dott. F in data 27/10/2023 invia una memoria, tramite il suo avvocato, ove contesta lo svolgimento dell'incontro ponendo varie accuse nei confronti del Presidente e dell'avvocato del sig. XY. È stata consultata la consulente legale dell'Ordine, l'avv. Gobbi, la quale dispone una risposta che la CAO approva in toto e che verrà inviata al dott. F.

Relazioni istruttorie:

Vengono presi in esame due casi in istruttoria, uno dei quali verrà ripreso in esame dopo alcuni chiarimenti che competono all'ULSS n. 9 mentre l'altro sarà girato alla CAM in quanto più pertinente riguardo all'operato del medico, che è un doppio iscritto.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 5 DICEMBRE 2023

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

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

Comunicazioni del Presidente:

- Perviene all'Ordine una segnalazione per mancato rilascio certificato di malattia nei confronti del dott. LL da parte di un medico di base. Viene data lettura della segnalazione, e viene data lettura della circolare FNOMCeO n. 88 del 2020 che chiarisce la normativa riguardante il rilascio dei certificati di malattia da parte degli odontoiatri liberi professionisti. Il presidente informa di aver già contattato il dott. L e di avergli inviato la normativa alla quale ha promesso che si adegnerà.
- Perviene una segnalazione da parte del dott. FF (nostro iscritto Albo Odontoiatri) su una pubblicità non corretta, essendo il direttore sanitari iscritto a Brescia viene inoltrato per competenza alla CAO di Brescia.
- Caso dott.FF/sig. XY – parere di congruità: viene ripercorso il caso. E' fatto obbligo di questa CAO nominare un consigliere delegato per l'esame dell'intera pratica. A scrutinio segreto il consigliere designato è il dott. Umberto Luciano, il quale chiederà al dott. F ulteriori chiarimenti circa la documentazione già presentata a questa CAO.

Procedimenti disciplinari:

- Soltanto uno i casi presi in esame, che comunque resta in attesa di quanto la CAM deciderà in merito per poi rivalutarlo come CAO

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 16 GENNAIO 2024

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

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

Comunicazioni del Presidente:

- Il Presidente informa di aver ricevuto una segnalazione da parte del Presidente CAO di Reggio Emilia su una struttura situata nel Comune di Casaleone per la verifica della corretta informazione sulla direzione sanitaria. Da un controllo effettuato risultano pervenute a questo Ordine sia la rinuncia dell'incarico da parte di Sanitario iscritto a Reggio Emilia, sia dell'assunzione dello stesso da parte di nostro iscritto, non rilevando quindi alcuna irregolarità. Di detta verifica sarà informato il Presidente CAO dei Reggio Emilia.
- Il Presidente informa i presenti che è pervenuta all'Ordine una comunicazione da parte del sig. ZZ, il quale informa di esercitare la professione di Odontoiatra, ai sensi della legge 17/03/2020, pur non avendo alcun riconoscimento per l'esercizio della professione di Odontoiatra, nello studio del figlio ZS, nostro iscritto all'Albo Odontoiatri. Essendo il sig. Z soggetto già noto all'Ordine per essere stato coinvolto in procedimento penale per esercizio abusivo della professione, questa CAO si riserva una attenta disamina della normativa citata dal sig.Z per verificarne la veridicità.
- Il Presidente informa i presenti che è pervenuta una segnalazione da

parte di una cittadina che lamenta il fatto che il dott. MM si rifiuterebbe di darle gli estremi della assicurazione professionale. Il dott. M, contattato telefonicamente dal Presidente si è detto disposto ad informare la cittadina con gli estremi della polizza.

- Il Presidente informa i presenti che è pervenuta all'Ordine una segnalazione circa un volantino pubblicitario lasciato nelle cassette postali. Il direttore sanitario della struttura, dott. SS – iscritto all'Ordine di Brescia - era già stato convocato, per

gli stessi motivi, lo scorso aprile. Viene deciso di convocarlo nuovamente.

- Caso dott. FF/sig. XY – parere di congruità: il dott. Luciano ripercorre il caso e dopo ampia discussione viene stilata una delibera che è parte integrante del presente verbale.
- Il Presidente informa di aver ricevuto dal dott. Gianpaolo Parolin, Presidente Associazione Smile Mission Onlus il progetto dal titolo “ Un Dentista per amico” che prevede l'ausilio di volontari che mettendo

a disposizione i loro ambulatori, offrono cure ai bambini in grave disagio sociale ed economico e prevede. L'iniziativa prevede inoltre alcuni incontri programmati con gli alunni delle scuole primarie per la sensibilizzazione di una corretta igiene orale. La CAO dà il proprio benestare all'iniziativa e decide di darne notizia sul sito.

Relazioni istruttorie:

- Si prende in esame un caso che si conclude con un non luogo a procedere.

UFFICIALE MEDICO NELLA MARINA MILITARE: UN'OCCASIONE UNICA PER NUOVE ESPERIENZE PROFESSIONALI

Il medico che vuole cimentarsi in un contesto diverso da quello abituale ambulatoriale o ospedaliero, può chiedere l'inserimento nella Riserva Selezionata, un elenco di professionisti dai quali la Marina Militare trae il personale per brevi periodi in attività a terra a bordo, in operative e addestrative ed anche in missioni di soccorso umanitarie. Un'esperienza unica ed entusiasmante, che molti colleghi hanno già scelto e provato, un modo diverso per svolgere la propria professione a servizio della Nazione.

I medici, anche non in possesso di specializzazione, potranno inoltrare formale istanza, allegando il proprio curriculum (in formato "Europass") tramite posta elettronica certificata al seguente indirizzo: maripers@postacert.difesa.it

La partecipazione è riservata ai cittadini italiani di età non superiore ai 55 anni, che non abbiano già prestato servizio in altra Forza Armata, Forze di Polizia, VVFF o nel Corpo Militare della C.R.I. Dopo la domanda, superato l'iter di valutazioni curriculari e tecniche, frequenteranno uno specifico corso di formazione di breve durata presso l'Accademia Navale di Livorno, al termine del quale presteranno giuramento di fedeltà alla Repubblica Italiana.

*L'ingresso nelle liste della Riserva Selezionata avviene successivamente alla nomina a **Ufficiale di Complemento**, solitamente con il grado di **Sottotenente di Vascello** o di **Tenente di Vascello**; Da quel momento potranno dare la propria disponibilità ad effettuare periodi di richiami in servizio, sia a terra che a bordo delle Unità Navali, quale responsabile della Componente sanitaria.*

A titolo esemplificativo ed essenziale, il medico di bordo è una delle figure centrali dell'equipaggio della nave:

- è il consulente del Comandante per ogni aspetto di natura sanitaria;
- è di fatto il medico di famiglia dell'equipaggio quando la nave è in attività.
- si occupa di primo soccorso e di prevenzione

*Maggiori informazioni e la documentazione completa è disponibile all'indirizzo web:
Riserva Selezionata - Marina Militare (difesa.it)*

Anemia da infiammazione

L'anemia da infiammazione (AI) è una forma di anemia caratterizzata da sideremia bassa con valori di ferritina elevati (talora anche normali) che compare in corso di malattie infiammatorie croniche.

In questo tipo di anemia il VCM (volume corpuscolare medio) e la concentrazione emoglobinica media (MCHC) eritrocitaria è tendenzialmente nella norma, diversamente dall'anemia sideropenica classica in cui VCM e MCHC risultano ridotti.

Marker tipico di questa anemia è, oltre alla bassa sideremia e all'elevazione della transferrina, l'elevazione cronica degli indici di flogosi: VES e PCR. Dei due la più sensibile la PCR.

Tipicamente la somministrazione orale di ferro in questi casi è inefficace perché il ferro somministrato per os non viene assorbito, e quello che potrebbe rientrare in circolo dalla degradazione dell'eme degli eritrociti arrivati a fine vita e rimossi dal circolo dai macrofagi del sistema reticoloendoteliale (soprattutto a livello splenico ed epatico) finisce per essere sequestrato e reso indisponibile dallo stato flogistico che ne blocca la dismissione dai depositi. Questo spiega il dato della bassa sideremia con ferritina elevata.

L'anemia non è dovuta in questi casi ad una carenza di ferro, ma ad una alterazione del suo metabolismo.

Alla base di questa alterazione metabolica oltre al sequestro del ferro stoccato nei depositi (milza, fegato e sistema reticoloendoteliale) una aumentata sintesi a livello epatico dell'ormone **Hepcidina** che rappresenta uno dei principali sistemi di controllo del metabolismo del ferro.

La sintesi basale di Hepcidina da parte del fegato è soppressa dal ferro circolante e da quello stoccato nei depositi. Il meccanismo di tale inibizione non è ancora del tutto chiarito.

La figura 1 mostra gli effetti dell'Hepcidina sul metabolismo del ferro.

Le malattie infiammatorie croniche, come le malattie autoimmunitarie, le malattie infiammatorie intestinali, le infezioni croniche (inclusa la TBC), le neoplasie, i linfomi, la stessa Insufficienza Renale Cronica (IRC), l'insufficienza cardiaca, la BPCO e la fibrosi cistica, si associano ad uno stato infiammatorio cronico.

Un analogo stato infiammatorio si realizza anche in corso di malattie ematologiche come il mieloma e linfomi, il che spiega perché queste patologie si associno ad anemia che ha caratteristiche analoghe a quelle dell'anemia da infiammazione.

L'invecchiamento stesso, è talora causa di infiammazione cronica al punto che alcuni autori definiscono questo stato come **"Inflam-aging"**.

Questo spiega perché questo tipo di anemia abbia una maggiore prevalenza nelle persone anziane.

In tutte queste situazioni di infiammazione cronica vi è un aumento delle citochine infiammatorie.

L'azione delle citochine infiammatorie sul metabolismo del ferro è illustrata nella figura 2.

Le citochine infiammatorie bloccano la liberazione di ferro dai depositi: milza, fegato, sistema reticolo endoteliale; riducono l'effetto dell'eritropoietina sulle cellule staminali del midollo osseo (riducendo l'efficacia dell'eritropoiesi) e quindi anche la liberazione di eritroferone, e riducono anche la vita media degli eritrociti.

Con la riduzione dell'eritropoiesi e della produzione di eritroferone di-

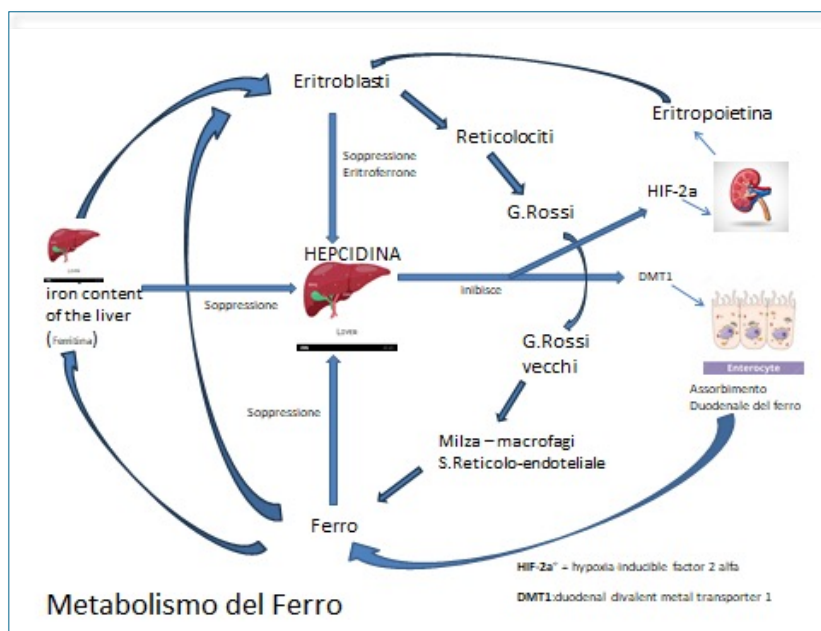


Fig. 1 - **HEPCIDINA e Metabolismo del Ferro**: L'Hepcidina è sintetizzata e rilasciata a livello epatico. La sua sintesi basale viene inibita dal ferro circolante, dal ferro contenuto nei depositi epatici, dall'eritroferone prodotto dagli eritroblasti quando si attivano in senso eritropoietico. L'Hepcidina stimola l'assorbimento intestinale del ferro attraverso l'attivazione del DMT1 contenuto negli enterociti (soprattutto a livello duodenale e nella prima parte del digiuno), stimola la produzione di HIF-2α a livello renale che a sua volta induce la sintesi e liberazione di Eritropoietina. Lo stimolo eritropoietinico induce la differenziazione in senso eritroblastico delle cellule staminali midollari con produzione di Eritroferone che ha un'azione di inibizione sulla secrezione basale di Hepcidina.

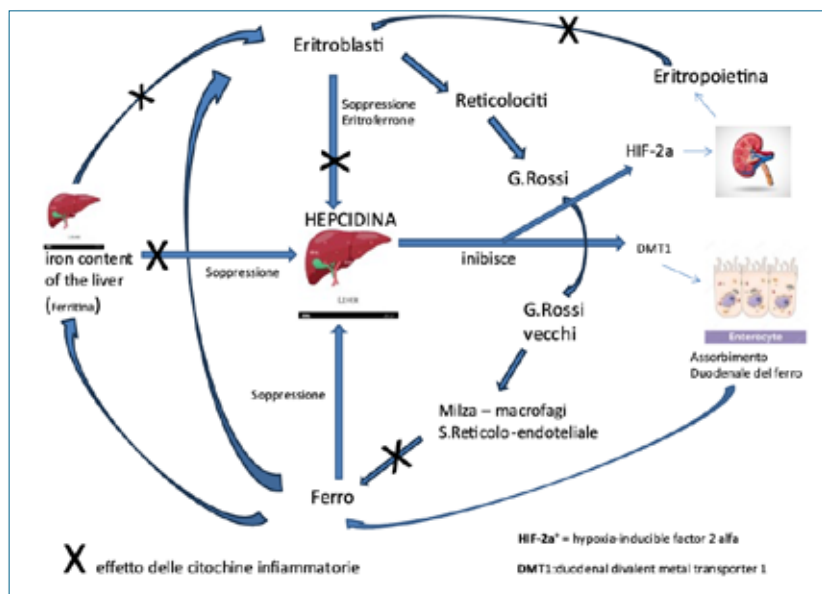


Fig. 2 - Le citochine infiammatorie bloccano la liberazione del ferro dai depositi: milza, fegato, sistema reticolo endoteliale. Riducono l'effetto dell'eritropoietina sulle cellule staminali del midollo osseo (riducendo quindi l'efficacia dell'eritropoiesi). Riducono l'efficacia dello stimolo inibitore svolto dall'eritroferone sull'hepcidina,

minuisce la sua azione inibente sulla secrezione di hepcidina la cui concentrazione ematica aumenta.

Ne consegue un minor assorbimento di ferro a livello intestinale che sommandosi al blocco della sua liberazione dai depositi crea una condizione di ipoferremia. La carenza di ferro circolante si traduce in una riduzione della sintesi di emoglobina e quindi di anemia.

L'anemia è di tipo carenziale, da carenza di ferro, ma contemporaneamente anche iporigenerativa per ridotta produzione di eritropoietina e ridotta risposta midollare al suo stimolo.

L'elevazione dei livelli di hepcidina rappresenta, secondo alcuni, una difesa dell'ospite contro le infezioni perché la sua elevazione induce una riduzione delle concentrazioni di ferro circolante e questo costituisce una situazione di svantaggio per i batteri (specialmente quelli Gram-negativi).

La sua elevazione prolungata però crea le premesse per l'insorgenza dell'anemia da infiammazione (AI).

Se nella maggior parte dei casi questo tipo di anemia risulta svilupparsi in modo lento (forme croniche di AI)

esistono situazioni in cui lo sviluppo di AI avviene in tempi rapidi. Un tale quadro di AI acuta può instaurarsi dopo eventi chirurgici maggiori, gravi traumi, infarto del miocardio, ma soprattutto in corso di sepsi. Alcuni chiamano questo tipo di anemia acuta "anemia of critical illness".

La figura 3 riassume le caratteristiche dell'anemia da infiammazione (AI) ed i meccanismi del suo sviluppo.

L'anemia è una patologia frequente nelle persone anziane. La sua prevalenza aumenta con l'aumentare dell'età. Figura 4

La forma più frequente di anemia nell'anziano è quella sideropenica, legata cioè ad una carenza di ferro. La causa più frequente di tale carenza è il sanguinamento. I farmaci antiaggreganti o anticoagulanti (spesso assunti dalle persone anziane) favoriscono il sanguinamento e quindi lo sviluppo di questa forma di anemia. L'altra causa di carenza marziale è quella dovuta ad un suo ridotto apporto alimentare, o ad un suo ridotto assorbimento. Tra le cause di ridotto assorbimento val la pena menzionare quello legato all'assunzione cronica di farmaci inibitori di pompa protonica (PPI).

L'acidità gastrica facilita infatti l'assorbimento di ferro non-eme (che costituisce il 66% del ferro alimentare ed è contenuto principalmente negli alimenti vegetali), permettendo il rilascio di ferro dal cibo e la sua conversione in forma ferrosa che è quella più facilmente assorbibile.

I farmaci PPI, riducono il rilascio del ferro dagli alimenti ed ostacolano la sua conversione in forma ferrosa riducendo alla fine l'assorbimento di ferro a livello intestinale.

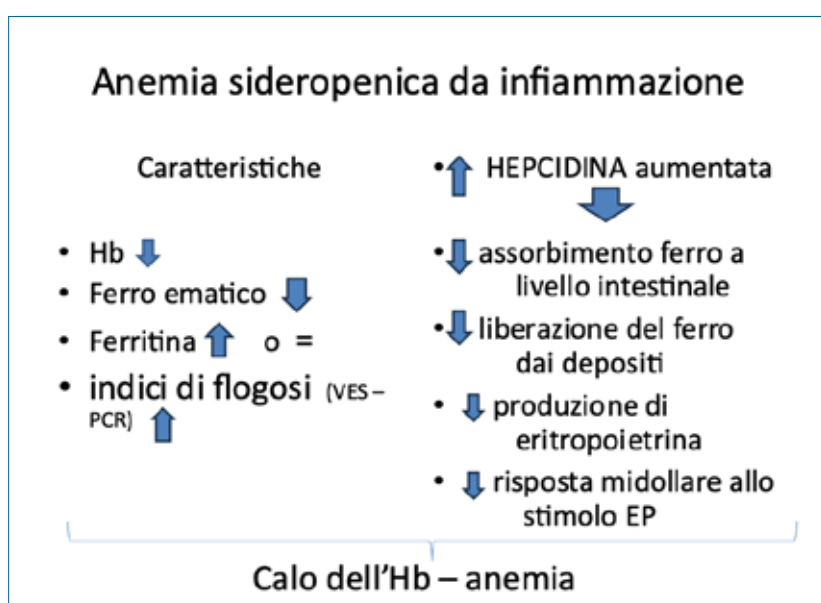
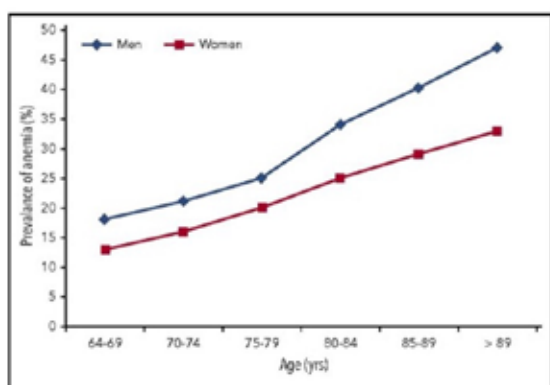


Fig. 3 - Caratteristiche dell'anemia da infiammazione e meccanismi alla base del suo sviluppo

L'anemia nell'anziano



L'anemia da infiammazione è, in ordine di frequenza, la seconda causa di anemia nell'anziano.

Le altre forme di anemia dell'anziano sono rappresentate dalle anemie da carenza di folati e di Vitamina B12.

La malnutrizione, specie se associata con l'abuso di alcool, può produrre una carenza di folati. Alcuni farmaci (specie i farmaci anticonvulsivanti ed il Metotrexate) sono un'altra causa di tale carenza. La classica anemia perniciosa, da carenza di Vitamina B12 è relativamente rara, mentre un malassorbimento di vitamina B12 dovuto ad una infezione da *Helicobacter Pylori*, all'uso prolungato di PPI e/o a una gastrite atrofica (entrambe le situazioni causa di ipocloridria gastrica) possono essere più frequenti.

Fig. 4 - Età e prevalenza di anemia

TRATTAMENTO DELL'ANEMIA SIDEROPENICA E DELLA ANEMIA DA INFIAMMAZIONE

Il trattamento dell'anemia sideropenica si basa sulla somministrazione di ferro per os e/o endovena.

I farmaci somministrabili per os sono diversi. La maggior parte contiene il ferro in forma ferrosa (solfato ferroso). Queste formulazioni possono però non essere ben tollerate (irritazione gastrica). In alternativa si possono usare formulazioni di ferro meglio tollerate come il maltolato ferrico o il ferro sucrosomiale che hanno una migliore tolleranza e secondo alcuni anche un miglior assorbimento intestinale. Nell'anemia da infiammazione tuttavia l'assorbimento intestinale del ferro è compromesso e serve quindi procedere alla correzione della carenza con i preparati utilizzabili per via perenterale.

Sono attualmente in studio dei farmaci che hanno la proprietà di inibire l'azione dell'Hepcidina.

La loro somministrazione dovrebbe inibire il blocco dell'assorbimento intestinale del ferro da parte indotto dall'Hepcidina. Quando saranno disponibili, questi farmaci potrebbero divenire la prima scelta per il trattamento dell'anemia da infiammazione.

La tabella che segue mostra le preparazioni attualmente disponibili sul mercato italiano. Nella tabella sono indicate le dosi standard e quelle massime somministrabili. In una singola seduta infusionale.

Ferro endovena

Principio attivo	Nome commerciale	Dose standard	Massima dose singola
Gluconato ferrico	Ferlixit *	125 mg (2 fl)	250 mg (4 fl)
Ferro saccarato	Venofer 20 mg/ml 5 ml fl	100-300 mg	300 mg (3 fl)
Carbossimaltoso ferrico	Ferinject 50 mg/ml 20 ml fiale	750-1000 mg	750-1000 mg (1 fl)
Ferro Isomaltoside	Monoferric 100 mg/ml 10 ml fl	20 mg/Kg di peso	20 mg/kg di peso

* Ferlixit : può essere assunto anche per os . 1 fl contiene 177,5 mg di ferro gluconato pari a 62,5 mg di Fe++

Di rilievo il fatto che l'utilizzo del carbossimaltoso ferrico è in grado di fornire con una sola dose standard quella che potrebbe essere somministrata con quasi 8 somministrazioni standard di gluconato ferrico.

Il trattamento endovenoso con i preparati a base di ferro è tuttavia non eseguibile in ambienti diversi da quello ospedaliero.

Tutti i preparati di ferro somministrabili per via perenterale riportano nella scheda tecnica l'indicazione che il farmaco: *"deve essere somministrato solamente nel caso in cui sia immediatamente disponibile del personale addestrato a valutare e gestire reazioni anafilattiche, in una struttura dove possono essere garantite delle complete apparecchiature per la rianimazione"*.

Ne deriva che pur essendo l'anemia da infiammazione una forma di ane-

mia che colpisce circa il 10% della popolazione anziana assistita dal MMG il suo trattamento farmacologico è appannaggio solo delle strutture ospedaliere.

A questo punto le possibili soluzioni per correggere questo tipo di anemia sembrano essere due:

- la trasfusione di sangue
- l'invio del paziente in ospedale per eseguire in quella sede l'infusione di ferro.

Vista la prevalenza di questo tipo di anemia negli ospiti in Casa di Riposo, si rende quanto mai necessario affrontare, nella nostra ASL, in modo organico il problema, concordando strategie assistenziali in grado di creare percorsi dedicati e rendere facilmente fruibile tale servizio infusione nei nostri ospedali.

ROBERTO MORA

ECM: per i pensionati meno crediti

LA COMMISSIONE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA

VISTO il d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i. e, in particolare, l'art. 16-ter che istituisce la Commissione nazionale per la formazione continua in medicina;

CONSIDERATO che un'attività professionale può definirsi saltuaria quando è posta in essere in maniera non abituale senza costituire, per il professionista sanitario collocato in quiescenza, fonte di reddito primaria;

CONSIDERATO, pertanto, la necessità di individuare un limite reddituale oggettivo entro il quale l'attività professionale assuma i caratteri sopra illustrati anche al fine delimitare l'ambito soggettivo e oggettivo di applicazione della fattispecie di cui al paragrafo 4.2, lettera o), dell'elenco del Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario;

TENUTO CONTO che l'art. 44, comma 2, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla L. 24 novembre 2003, n. 326, recante "disposizioni varie in materia previdenziale" prevede un'ipotesi di esenzione dall'obbligo contributivo per i soggetti esercenti attività di lavoro autonomo occasionale qualora il reddito derivante da dette attività sia inferiore a 5000 euro;

CONSIDERATO che il limite reddituale in questione è da considerare ragionevole anche al fine di giustificare l'esenzione dell'obbligo formativo per i professionisti sanitari collocati in quiescenza;

DELIBERA

1. Ai fini dell'applicazione della fattispecie di esenzione di cui alla lett. o) del paragrafo 4.2 del Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario, per "*professionisti sanitari in pensione che esercitano saltuariamente l'attività professionale*" si intendono coloro che sono collocati in quiescenza ed esercitano saltuariamente l'attività professionale sanitaria **da cui deriva un reddito annuo non superiore a 5.000,00 euro.**

Gli aventi diritto, ai fini del riconoscimento dell'esenzione, dovranno dichiarare di aver cessato l'esercizio della professione sanitaria per collocamento in quiescenza e di aver svolto esclusivamente attività lavorativa saltuaria.

La **riduzione dell'obbligo formativo individuale**, conseguente al riconoscimento del diritto in questione, segue le disposizioni di cui al paragrafo 4.2 del Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario, ossia **l'esenzione è calcolata nella misura di 2 crediti ECM ogni 15 giorni continuativi di sospensione**

dell'attività professionale, nel limite dell'obbligo formativo individuale triennale.

La ripresa dell'esercizio dell'attività professionale, in assenza del presupposto della saltuarietà così come sopra individuato, determina per il professionista sanitario collocato in quiescenza la sottoposizione all'intero obbligo formativo individuale triennale, ai sensi della normativa vigente.

2. Al fine di garantire a chiunque il diritto di fruire dei servizi in forma digitale e in modo integrato ai sensi dell'art. 7 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, nonché al fine di semplificare le procedure per l'inoltro e la valutazione delle istanze del diritto di esenzione di cui al punto I della presente delibera, il Co.Ge.A.P.S predispone modalità digitali che, in conformità a quanto previsto al paragrafo 4.3 del Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario, siano idonee ad acquisire, in modalità semplificata, le predette istanze e le conseguenti valutazioni.

Roma, 04/02/2021

IL SEGRETARIO DELLA COMMISSIONE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA (DOTT.SSA OLINDA MORO)

IL VICE PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA (DOTT. FILIPPO ANELLI)

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 personale dipendente. Per ottenerle è necessario accedere alla segreteria personalmente.

Rideterminazione delle scadenze di trasmissione telematica dei dati al Sistema Tessera Sanitaria

A CURA DELLA COMMISSIONE
FISCO FIMMG

Com'è noto, ai sensi dell'art. 7, comma 1, del D.M. 19.10.2020 – come modificato dal D.M. 16.02.2023 – la trasmissione dei dati delle spese sanitarie al Sistema Tessera Sanitaria, ai fini della predisposizione delle dichiarazioni dei redditi precompilate da parte dell'Agenzia delle entrate, avrebbe dovuto essere mensile a far data dal 1° gennaio 2024. Tale disposizione normativa è stata espressamente abrogata dall'art. 2, comma 2, del D.M. 8.02.2024, senza, di fatto, divenire mai operativa ⁽¹⁾. Conseguentemente, a far data dal 1° gennaio 2024, per effetto dell'entrata in vigore dell'art. 12 del d. Lgs. 8 gennaio 2024 – c.d. Decreto Adempimenti – i dati relativi alle spese sanitarie devono essere trasmessi, in modalità telematica, con una cadenza semestrale.

La tempistica di trasmissione è stata, invece, disposta con il D.M. 8 febbraio 2024, il quale, introducendo nel corpo dell'art. 7 del D.M. 19.10.2020, il comma 1-bis, ha disposto che, a far data dal 1° Gennaio 2024, la trasmissione al Sistema Tessera Sanitaria deve avvenire:

- a) per le spese sanitarie sostenute nel 1° semestre – periodo gennaio/giugno – del medesimo anno, entro il 30 settembre;
- b) per le spese sanitarie sostenute nel secondo semestre – periodo luglio/dicembre – entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

Conferma dell'applicazione del c.d. Regime di cassa

Per effetto del comma 2-bis dello stesso art. 7 del D.M. 19.10.2020, per la trasmissione dei dati al Sistema Tessera Sanitaria resta confermata l'applicazione del c.d. "principio di cassa", per il quale le spese sanitarie rilevano

al momento del pagamento, anche se intervenute in una data precedente a quella di emissione del documento fiscale. Così, ad esempio, in presenza di una prestazione professionale sanitaria effettuata nel mese di giugno 2024, ma pagata nel mese di luglio 2024, la trasmissione dovrà essere effettuata entro il 31 gennaio 2025.

Termini per la correzione dei dati delle spese sanitarie inviate. Con il comma 2 dell'art. 2 del D.M. 8 febbraio 2024 è stato integrato l'art. 7, comma 2-ter, del D.M. 19.10.2020, concernente la correzione dei dati delle spese sanitarie già trasmessi al Sistema Tessera Sanitaria entro le relative scadenze.

In base alla nuova disposizione è stabilito che i termini per la trasmissione di eventuali correzioni dei dati delle spese sanitarie già trasmessi al Sistema Tessera Sanitaria sono pubblicati:

- a) sul portale del Sistema stesso (www.sistemats.it);
- b) in relazione a ciascun anno.

In relazione alle spese sanitarie sostenute nell'anno 2024, il calendario previsto dal Sistema Tessera Sanitaria fissa, per l'invio dei dati in modifica, un termine di n. 7 giorni, successivo alla prevista scadenza.

(1) La prima trasmissione mensile, infatti, per le spese sostenute nel mese di Gennaio 2024 avrebbe dovuto essere trasmessa entro il 29.02.2024.

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.

Il Concordato Preventivo Biennale e il MMG

A CURA DELLA COMMISSIONE
FISCO FIMMG

La Commissione Fisco anticipa i tratti essenziali del concordato preventivo biennale che sarà oggetto di implementazione ed attivazione nei prossimi mesi del corrente anno. Tale nuovo strumento di pianificazione fiscale sarà a disposizione anche della categoria del MMG.

Nella seduta del 25 gennaio 2024 il Consiglio dei ministri ha approvato, in esame definitivo, il decreto legislativo attuativo della legge delega fiscale (legge n. 111/2023) che contiene disposizioni in materia di accertamento tributario e di concordato preventivo biennale.

Il concordato preventivo biennale (CPB) sarà introdotto al fine di favorire l'adempimento spontaneo. In sostanza per l'applicazione del CPB, l'Agenzia delle Entrate formulerà una proposta per la definizione biennale del reddito derivante dall'esercizio d'impresa, o dall'esercizio di arti e professioni, rilevante ai fini delle imposte sui redditi (IRES/IRPEF) e del valore della produzione netta rilevante ai fini dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP).

Nei periodi d'imposta oggetto di concordato, i contribuenti saranno comunque tenuti agli ordinari obblighi contabili e dichiarativi e alla comunicazione dei dati mediante la presentazione dei modelli per l'applicazione degli indici sintetici di affidabilità fiscale. Decorso il biennio oggetto di concordato, permanendo i requisiti, l'Agenzia delle entrate formula una nuova proposta di concordato biennale relativa al biennio successivo, a cui il contribuente può aderire. L'adesione non produce effetti ai fini dell'IVA, la cui applicazione avviene secondo le regole ordinarie.

Il maggiore reddito dichiarato rispetto a quello oggetto di concordato risulterà irrilevante. Nonostante ciò, è prevista la possibilità di mettere in discussione quanto definito, in presenza di determinati accadimenti rilevanti, per i quali si annota, comunque, l'ennesima asimmetria Fisco/contribuente. A favore del primo (il Fisco), infatti, si viene a realizzare la decadenza del concordato quando vengono accertati maggiori ricavi superiori al 30% a quelli dichiarati, mentre per il contribuente il concordato viene meno solamente in presenza di circostanze eccezionali che determinano minori redditi effettivi eccedenti in misura del 50% rispetto a quelli oggetto di concordato.

A CHI È RIVOLTO

Il nuovo concordato preventivo biennale, in vigore dal 2024, sarà applicabile ai soggetti ISA e ai forfettari, quindi sarà uno strumento attivabile a pieno titolo dai MMG.

Potranno quindi aderire al CPB anche gli esercenti attività d'impresa, arti o professioni che aderiscono al regime forfettario. Anche per tali contribuenti si prevede che l'accettazione della proposta dell'Agenzia delle entrate per la definizione biennale del reddito costituisca l'obbligo di dichiarare gli importi concordati nelle dichiarazioni dei redditi dei periodi d'imposta interessati, nei quali contribuenti saranno inoltre tenuti agli obblighi previsti per i soggetti che aderiscono al regime forfettario.

VANTAGGI

Per i periodi d'imposta oggetto del concordato, gli accertamenti non potranno essere effettuati. In particolare, i soggetti che aderiranno al concordato preventivo biennale, a prescindere dalla loro affidabilità fiscale:

- avranno accesso al regime premiale ISA di cui all'art.9-bis comma 11 del DL 50/2017;

- non potranno essere sottoposti agli accertamenti presuntivi di cui all'art. 39 del DPR 600/73 (salvo il verificarsi delle previste cause di decadenza).

SVANTAGGI

E' verosimile ipotizzare che il reddito proposto dall'Agenzia delle Entrate ai contribuenti che presentano una bassa affidabilità fiscale sarà sensibilmente più alto di quanto dichiarato in passato da tali soggetti, in modo da giustificare l'applicazione delle misure premiali. Su tale aspetto, tuttavia, la Commissione Fisco della FIMMG, ha avuto modo di rilevare, tramite il continuo e costante confronto con l'Agenzia delle Entrate, che i MMG rappresentano generalmente una categoria di contribuente con affidabilità medio/alta. Pertanto, auspichiamo che le proposte reddituali formulate dalla Agenzia delle Entrate siano, per la categoria, in linea con i trend storici.

Si noti, inoltre, che un eventuale rifiuto della proposta dell'Agenzia delle Entrate collocherebbe il contribuente nelle liste dei soggetti su cui dovranno concentrarsi gli accertamenti per effetto di quanto previsto dall'art. 34 comma 2 del decreto che prevede l'intensificarsi dell'attività di controllo *"nei confronti dei soggetti che non aderiscono al concordato preventivo biennale o ne decadono"*.

REQUISITI DI ACCESSO

Scompare dai requisiti di accesso quello più controverso, che richiedeva, per i soggetti ISA, un'affidabilità fiscale alta (punteggio ISA pari almeno a 8); l'art. 10 del decreto non fissa nessun punteggio minimo ai fini dell'ingresso, limitandosi a richiedere come requisito di accesso l'assenza di debiti tributari relativi al periodo di imposta precedente a quelli di vigenza del concordato.

PROCEDURA DI ACCESSO (da discutere con il proprio commercialista)

La procedura di accesso al concordato relativamente al 2024, primo anno di applicazione, prevede in particolare:

- i programmi informatici con cui i contribuenti dovranno comunicare i dati richiesti saranno resi disponibili dall'Agenzia delle Entrate entro il 15 giugno 2024;
- il contribuente potrà aderire alla proposta di concordato entro il termine di presentazione della dichiarazione dei redditi.

A quest'ultimo riguardo, per il periodo di imposta in corso al 31 dicembre 2023, quindi con riferimento ai Modelli REDDITI 2024, la presentazione della dichiarazione viene differita al 15 ottobre 2024.

CAUSE DI DECADENZA

È stabilito che qualora emergano, dalle operazioni di controllo, importi evasi maggiori del 30% dei ricavi dichiarati, l'accertamento emesso determinerà la decadenza dal concordato. Rileveranno non solo i proventi (ricavi o altro)

ma anche «l'inesistenza o l'ineducibilità di passività dichiarate».

Un'altra causa di decadenza riguarda il caso in cui nella dichiarazione siano indicati dati diversi da quelli comunicati ai fini della proposta di concordato. Ulteriore ipotesi di decadenza è rappresentata dalla modifica dei dati indicati nelle dichiarazioni dei redditi che sono stati presi a base di commisurazione della proposta del Fisco, per effetto della presentazione di dichiarazioni rettificative. Deve comunque trattarsi di modifiche che possano incidere sulla quantificazione del reddito concordato. Si decade inoltre in presenza di violazioni «non di lieve entità». Decade dal concordato anche il soggetto che non presenta una qualsiasi delle dichiarazioni annuali, riferite a uno degli anni interessati dalla procedura. Ulteriore causa di decadenza è rappresentata dal sopravvenire di una delle cause ostative all'ammissione, verificata solo dopo l'adesione al concordato.

Queste sono rappresentate:

- a) dalla mancata presentazione della dichiarazione riferita ad uno qual-

siasi dei tre precedenti periodi d'imposta;

- b) dalla condanna intervenuta per uno qualsiasi dei reati del decreto legislativo 74/2000 (e non solo) commessi in uno dei tre periodi d'imposta precedenti l'ammissione al concordato.

La fuoriuscita dallo speciale regime si verifica inoltre qualora si verifichi una situazione di morosità del contribuente, per debiti pregressi (tributari o contributivi) almeno pari a 5mila euro, ad esempio, in conseguenza del venir meno di un piano di rientro. Sempre in tema di omesso pagamento, si segnala che il mancato versamento delle imposte relative agli anni in procedura, senza limiti minimi di importo, comporta anch'esso la decadenza dal concordato. Quest'ultima violazione come pure quelle afferenti l'omessa presentazione di dichiarazione e la comunicazione di dati Ilsa inesatti sono tuttavia sanabili, e pertanto non determinano decadenza dal regime, se oggetto di ravvedimento prima, si badi, dell'inizio di attività istruttorie di cui il contribuente abbia avuto conoscenza.

Anelli: con la gobba pensionistica i gettonisti saliranno

La cifra di 1,7 miliardi di euro spesi in 5 anni per medici e infermieri gettonisti, stimata dall'Anac, «deriva dal fatto che non sono state messe in atto le giuste misure per fare fronte alla carenza di personale, maggiore per gli infermieri rispetto ai medici: purtroppo si prevede un crescendo ed il fenomeno dei gettonisti è destinato a diventare ancora più importante per effetto della curva legata alla gobba pensionistica, che raggiungerà il suo apice nel 2024-2025». A sottolinearlo all'ANSA è il presidente della Fnomceo Filippo

Anelli. «L'esigenza di professionisti, dunque - rileva - crescerà ancora e la previsione è che questa cifra di 1,7 miliardi si incrementerà. E non credo che il provvedimento varato sull'innalzamento dell'età pensionabile dei medici a 72 anni possa essere una soluzione esaustiva rispetto alla questione dei gettonisti». Secondo Anelli serve pertanto un provvedimento di diversa natura e le strade, argomenta, rimangono due: «La prima è puntare ad un utilizzo corretto dei medici specializzandi, che sono una forza attiva del

Paese, in ragione del livello delle competenze acquisite: se questi venissero assunti oggi, sarebbero una forza attiva che viene immessa nel sistema; l'altra soluzione è poi quella di consentire la libera professione dei medici all'interno degli ospedali con turni aggiuntivi. In altre parole, in questa fase emergenziale perché prendere i medici dall'esterno? Proviamo prima a prenderli dall'interno degli ospedali stessi attraverso la libera professione aggiuntiva».

Questa proposta, spiega il presidente Fnomceo, «è stata più volte sollecitata ma finora non ha avuto consenso dalle istituzioni, forse perché non ben compresa. Potrebbe tuttavia rappresentare una soluzione transitoria almeno fino al 2028 quando - conclude - si calcola che sarà disponibile un numero sufficiente di medici specialisti formati che potranno risolvere la carenza attuale».

FONTE ANSA

Fattura elettronica, medici esonerati per tutto il 2024

L'obbligo di fatturazione elettronica slitta al 2025, **rimane il divieto di emissione delle "e-fatture" in relazione alle prestazioni sanitarie per tutto il 2024**. A pochi giorni dall'inizio del nuovo anno, il Consiglio dei ministri ha prorogato l'esclusione delle prestazioni sanitarie rivolte ad altre persone fisiche dal Sistema di interscambio dell'Agenzia delle entrate. In termini pratici, per medici e dentisti non cambia nulla rispetto allo scorso anno. La prassi da seguire **rimane l'emissione ai pazienti della fattura cartacea e il contestuale invio dei dati al sistema Tessera sanitaria**.

L'estensione del sistema in vigore è arrivata con il decreto milleproroghe (DI 215 del 30 dicembre 2023), pubblicato nel numero 303 della Gazzetta ufficiale. Nel particolare, il comma 4 dell'articolo 3 del provvedimento interviene su quanto disposto dall'articolo 10 bis del decreto legge 119 del 2018, che aveva stabilito il divieto di emettere in formato elettronico quelle fatture contenenti i dati da inviare al Sistema

tessera sanitaria. Un meccanismo di esonero temporaneo che era stato introdotto per il 2019, a tutela della privacy dei pazienti, e poi prorogato per gli anni successivi.

Nel mentre si sarebbero quindi dovute adottare soluzioni per conciliare le esigenze emerse con la digitalizzazione con quelle di tutela dei dati personali dei pazienti. Ma il decreto attuativo, con regole specifiche e in accordo col parere del Garante della privacy, non è mai arrivato.

Se dunque si continuerà a fare la fattura cartacea ai pazienti, rimane però una serie di casi in cui il medico è tenuto a presentare le fatture in formato digitale. Chi fa infatti attività di libera professione dovrà emettere fattura elettronica per una pluralità molto ampia di soggetti, nell'ambito di visite mediche, consulenze, docenze, collaborazioni editoriali e molto altro.

La proroga disposta dal Consiglio dei ministri mantiene infatti in vita per tutto il 2024 la fattura cartacea, solo per le prestazioni sanitarie ai pazienti.

Per loro la prassi da seguire rimane quella dell'emissione della fattura cartacea e l'invio dei dati al sistema Tessera sanitaria.

Per tutti gli altri casi, medici e dentisti dovranno utilizzare la fattura elettronica, che transita per il Sistema di interscambio dell'Agenzia delle entrate.

Tra consulenze, perizie, docenze, partecipazione a commissioni e convegni, contributi editoriali, nella miriade di opportunità professionali del medico con partita Iva, possiamo elencare alcuni dei casi in cui rimane obbligatoria la fatturazione elettronica.

La fattura elettronica va emessa nei confronti di:

- Cliniche e studi privati
- Tribunale per consulenze e perizie
- Compagnie assicurative
- Ditte e aziende
- Enti pubblici e privati, come ad esempio le Università
- Società, come ad esempio le squadre sportive o le società editoriali
- Altri professionisti

Nuova Convenzione per MMG e Specialisti ambulatoriali

Medici di famiglia

Dopo sei anni di attesa, è stato siglato il rinnovo dell'Accordo collettivo nazionale (ACN) di medicina generale e continuità assistenziale 2019-2021. Un'intesa che interessa 40mila medici di famiglia e oltre 10mila medici ex guardie mediche.

L'ipotesi di accordo è stata sottoscritta da sindacati e SISAC (Struttura interregionale sanitari convenzionati). L'accordo prevede aumenti contrattuali del 3,78 per cento con i relativi arretrati e maggiori tutele sulla disciplina della maternità. Sulla parte economica, chiarisce il segretario della Fe-

derazione italiana medici di medicina generale (FIMMG) nonché consigliere d'amministrazione ENPAM, Silvestro Scotti, "recuperiamo buona parte del ritardo accumulato negli anni, aggiornando i compensi al 2021 e recuperando 5 anni di arretrati: parliamo di più di 700 milioni, ovvero circa 15 mila

euro di arretrati per un medico massimalista, soldi accantonati negli anni dalle regioni e che non aumentano la spesa pubblica già prevista”.

Inoltre, prosegue Scotti, “per la prima volta sono state negoziate risorse nuove, ovvero quelle stanziare per le certificazioni INAIL, e soprattutto l’importante incremento della quota oraria per le attività territoriali previste dal PNRR”.

Altra novità è l’attuazione del Ruolo Unico, garantendo a ogni medico il tempo pieno.

Una grande attenzione è rivolta anche alla qualità di vita dei medici di base: è prevista infatti l’istituzione di un tavolo permanente, presso SISAC, sui tempi di conciliazione di vita/lavoro e delle pari opportunità.

Con il nuovo ACN si incentiva inoltre la telemedicina: è stata riconosciuta la modalità di visita in telemedicina per le aree disagiate e per le donne medico in gravidanza, o con figli fino a tre anni di età, che potranno così lavorare in “smart working”.

Soddisfatto anche il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), Filippo Anelli: “Oggi la firma dell’Acn per la medicina generale e la continuità assistenziale, ieri la sigla di quello per la specialistica ambulatoriale. Una due giorni importante per la medicina del territorio, che speriamo preluda a quella riforma che tutti auspichiamo. Ora l’auspicio è che si arrivi finalmente alla contrattazione relativa al triennio 2022-2024. Contrattazione che dovrà tener conto del PNRR e delle mutate esigenze di cura e di assistenza, per una medicina del territorio e delle cure primarie sempre più vicina al cittadino e al passo con i tempi”.

Specialisti Ambulatoriali

Siglato anche l’Accordo collettivo nazionale per la specialistica ambulatoriale. La nuova convenzione, relativa al triennio 2019-2021, “segna un passo significativo verso il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e l’ottimizzazione dell’assistenza sanitaria

specialistica in Italia” ha detto Antonio Magi, segretario generale del Sumai Assoprof e consigliere di amministrazione dell’Enpam.

L’intesa riguarda 17 mila medici e professionisti sanitari e porterà il riconoscimento di 11 mila euro pro-capite a titolo di spettanze arretrate per i medici specialisti ambulatoriali. La cifra dovrà essere corrisposta entro i 60 giorni dalla firma dell’accordo e il testo indica un incremento economico relativo al triennio pari al 3,78 per cento.

“Questo accordo, atteso da tempo – ha aggiunto Magi – apporta miglioramenti normativi ed economici sostanziali per i medici specialisti ambulatoriali. L’obiettivo è migliorare la qualità delle cure offerte ai cittadini e rendere il lavoro dei professionisti del settore più equo e gratificante”.

ASPETTI NORMATIVI

Tra gli aspetti normativi più significativi “c’è il riconoscimento – prosegue il segretario del Sumai – del ruolo della specialistica ambulatoriale nell’equipe territoriale prevista dal Dm 77, cioè nelle Case di Comunità Hub e Spoke, negli Ospedali di Comunità, nei rapporti con le Cot e nell’Assistenza specialistica domiciliare. Si pongono dunque le basi per il prossimo Acn che scadrà nel corso di quest’anno e che vedrà la partenza della riforma entro il 2026”.

“Tra le novità dell’Acn poi – dice ancora Magi – spiccano le misure volte a garantire una maggiore flessibilità lavorativa e a riconoscere il valore della nostra attività all’interno del sistema sanitario. C’è un’attenzione particolare alle politiche di genere in particolare la maternità. L’accordo introduce quindi importanti norme a tutela della salute e della presa in carico specialistica dei pazienti facendo particolare attenzione a non perdere risorse economiche, sia strutturali che a progetto, anche quando queste non prevedono gli specialisti convenzionati. È previsto il graduale incremento di ore specialistiche ad iso-risorse per assistere i pazienti allo scopo di ridurre le lunghe liste d’attesa e gli accessi impropri nei Pronto Soccorso”.

TRATTAMENTO ECONOMICO

Sul fronte economico, ha commentato il segretario del Sumai, il miglioramento retributivo “ancora insufficiente per competere a livelli europei, rappresenta un riconoscimento tangibile dell’importanza degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni e del loro contributo al benessere della collettività. Il miglioramento contributivo, inoltre, mira a rendere la professione più attrattiva per le nuove generazioni di medici”.

“Un altro aspetto particolarmente interessante dell’Accordo è il suo legame con l’Acn della medicina generale” ha concluso. “Entrambi gli accordi condividono un impegno comune verso l’introduzione di misure volte a migliorare la continuità assistenziale e a promuovere l’integrazione tra i diversi livelli di assistenza sanitaria. Questo approccio integrato è essenziale per rispondere in modo efficace alle esigenze di salute della popolazione, garantendo allo stesso tempo la sostenibilità del Ssn”.

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.

Test di ingresso a Medicina il 28 maggio e 30 luglio

I test di ingresso alla facoltà di Medicina si faranno il 28 maggio e il 30 luglio. Sono previsti 60 quiz in 100 minuti per tutta la prova anziché i consueti 50. Ci sarà più spazio per biologia, chimica e logica, mentre diminuiscono le domande di cultura generale, fisica e matematica. Va quindi a casa il Tolc Med, che tanti problemi ha creato, e torna il concorsone.

Il ministro dell'Università Anna Maria Bernini non ha ancora firmato il decreto ma dal ministero trapela che la struttura della prova e le date saranno queste. Per Medicina sono previsti quattro quesiti di competenze di lettura e conoscenze acquisite negli studi; cinque quesiti di ragionamento logico e problemi; ventitré quesiti di biologia; quindici quesiti di chimica; tredici quesiti di fisica e matematica.

A Veterinaria sono invece previsti quattro quesiti di competenze di lettura e conoscenze acquisite negli studi; cinque quesiti di ragionamento logico e problemi; diciannove quesiti di biologia; diciannove quesiti di chimica; tredici quesiti di fisica e matematica.

Si torna dunque al 'concorsonè, cioè ad una prova in contemporanea,

uguale per tutti, ma con domande mescolate per evitare suggerimenti e copie. Le prove saranno cartacee con un database pubblico e saranno disponibili 20 giorni prima di ciascuna data; viene abbandonato il tanto discusso equalizzatore dei vecchi Tolc Med. Lo scorso anno il test - come deciso dal precedente governo - si è svolto in modalità Tolc durante le due sessioni di aprile e luglio; potevano partecipare anche gli studenti di quarta e quinta superiore, per poi utilizzare il loro punteggio migliore per posizionarsi nella graduatoria del 2024, dopo aver ottenuto il diploma. Ma con i ricorsi e la fine dei Tolc, la questione si è notevolmente complicata. Oggi il ministero dell'Università ammette che per i 3mila ragazzi del quarto anno delle superiori che hanno affrontato il test di Medicina, il quadro è complesso perché la sentenza ha cancellato la graduatoria, ma al tempo stesso afferma di essere consapevole «che questi studenti hanno maturato un interesse legittimo, ottenuto basandosi su norme in vigore». «Quindi, nel totale riguardo della sentenza del Tar e nell'assoluto rispetto del Consiglio di

Stato dove gli stessi avvocati hanno presentato ricorso non avendo ottenuto alcun tipo di soddisfazione per i propri clienti-studenti dalla decisione del Tribunale amministrativo, stiamo studiando - assicura il Mur - una qualche forma di tutela che salvaguardi la loro posizione». Ai test di maggio e di luglio potranno partecipare solo i ragazzi di V superiore, non più anche di IV. Dopo queste due date, il sistema di accesso a Medicina cambierà totalmente: due sono le proposte sul tavolo: il disegno di legge n. 942 che propone la completa abolizione del numero chiuso e il n. 915 che suggerisce l'eliminazione del limite massimo di iscrizioni e l'implementazione di un semestre iniziale. L'intesa politica raggiunta prevede di dare una delega al governo che con un decreto legislativo metterà nero su bianco la nuova proposta per l'accesso: si prevede un sistema di sbarramento con il superamento di una serie di esami caratterizzanti ed un test nazionale. Chi non li supererà o non lo farà con voti sufficientemente alti, potrà iscriversi ad un'altra facoltà.

FONTE ANSA

PUBBLICATO IN GAZZETTA UFFICIALE IL DL ENTI, IN VIGORE L'EMENDAMENTO SCHIFONE SUI MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

È stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 155 del 5 luglio 2023 il decreto Enti, approvato in via definitiva dal Senato lo scorso 28 giugno. Nel provvedimento ci sono diverse misure che riguardano la sanità, tra cui quelle contenute nell'emendamento di cui è prima firmataria Marta Schifone e che prevede fino al 2026 la possibilità per i medici del ruolo unico di assistenza primaria con incarico a quota oraria di 24 ore settimanali di avere in carico fino a 1.000 assistiti. La norma riguarda un terzo di tutti i medici di Continuità Assistenziale che oggi svolgono il doppio incarico di medico di famiglia e di continuità assistenziale e garantirà a 1.500.000 cittadini in più l'assistenza di un medico di famiglia, salvaguardando allo stesso tempo la stabilità e l'efficacia dell'offerta oraria della guardia medica.

I padri veronesi della medicina

RASSEGNA STORICO-ETICA

Alessandro Benedetti

UN MEDICO UMANISTA NELLA VERONA DEL QUATTROCENTO

La biografia e l'arte medico-anatomica

Alessandro Benedetti (1450-1512) può essere considerato a pieno titolo fra i Padri della medicina veronese in epoca rinascimentale, così come il contemporaneo Gabriele Zerbi (1445-1505), di cui si è occupato il precedente numero di *Verona Medica*⁽¹⁾. Accanto a Zerbi, anche Benedetti viene ricordato dal veronese storico della medicina Giuseppe Cervetto (1807-1865) nello scritto dedicato agli anatomisti italiani del XV secolo legati alla città scaligera⁽²⁾.

Nato a Legnago alla metà del XV secolo, in realtà Benedetti trascorre però la maggior parte della propria vita lontano dalla terra veronese di origine. Dedicatosi allo studio della medicina, si laurea a Padova nel 1475, rivolgendo contemporaneamente il proprio interesse anche alla cultura classica e al mondo antico. In questo senso, come confermato anche dai suoi scritti, può giustamente essere collocato nella dimensione propria dell'umanesimo italiano del Quattrocento. Trascorre in Grecia, esercitando la professione e trasferendosi fra varie località, i primi quindici anni dopo la laurea. Per questo meriterebbe davvero quell'appellativo di 'periodeuta', attribuito ai medici che nella dimensione ippocratica classica esercitavano l'arte spostandosi di luogo in

luogo. Nel 1490 rientra a Padova, dove assume la cattedra di Medicina pratica e di Anatomia in Università.

È indubbio che Benedetti godesse di notevole reputazione presso il governo della Serenissima. Infatti nel 1495, durante la campagna contro Carlo VIII Valois (1470-1498) gli viene affidato l'incarico di medico capo dell'armata che gli Stati italiani avevano organizzato per fronteggiare la calata del monarca francese ("Lega Santa"). Nel corso della campagna, conclusasi con la vittoria della Lega, Benedetti stende una relazione dell'intero conflitto di cui è diretto testimone, che viene poi pubblicata nel 1496 con il titolo di "Diaria de bello Carolino"⁽³⁾, in cui non si limita alla descrizione dei fatti di guerra, ma considera gli eventi in una più ampia prospettiva storica, militare e diplomatica. Da un punto di vista medico, questa esperienza lo porta a contatto con quello che veniva ormai definito come "morbo gallico", ovvero la sifilide, il cui contagio stava dilagando in Italia proprio a seguito della discesa delle truppe francesi, e che avrebbe poi ispirato a Gerolamo Fracastoro il poemetto che avrebbe consacrato per sempre il nome della malattia⁽⁴⁾.

Accanto all'esercizio e all'insegnamento della medicina pratica svolto dalla cattedra, è comunque certamente l'at-

tività in campo anatomico che rende di particolare interesse la persona di Alessandro Benedetti. Collocato insieme al conterraneo Gabriele Zerbi in quel gruppo di anatomisti che possono essere definiti "pre-vesaliani", ponendosi con la loro opera sulla soglia di quella che sarà pochi decenni più tardi la definitiva svolta impressa dal medico fiammingo⁽⁵⁾, Benedetti pubblica nel 1502 la sua "Historia corporis humani sive Anatomice"⁽⁶⁾, nella quale sostiene tra l'altro la necessità e l'importanza di un luogo appositamente dedicato per l'esecuzione delle dissezioni anatomiche, per le quali fino ad allora non esistevano spazi propri fino, in epoca medievale, a compiere addirittura nell'abitazione del docente. Ecco cosa scrive Benedetti a questo proposito:

«È necessario un ambiente ampio, molto bene aerato al cui interno bisogna erigere un teatro temporaneo con sedili disposti tutt'intorno in cerchio del tipo di quelli visibili a Roma e a Verona grande abbastanza per contenere il numero degli spettatori e per impedire alla folla di disturbare i chirurghi delle ferite, addetti alle sezioni. Essi devono essere abili e devono avere già compiuto frequenti dissezioni. I posti a sedere dovranno essere assegnati secondo il rango [...] saranno necessari alcuni custodi, per tenere lontani gli importuni che proveranno ad entrare».

(1) Sara Patuzzo, Nicolò Nicoli Aldini, "Gabriele Zerbi. Ricerca, clinica e deontologia nell'opera di un medico veronese del Rinascimento", *Verona Medica* n. 4, dicembre 2023, pp. 27-29.

(2) Giuseppe Cervetto, "Di alcuni celebri anatomici italiani del decimoquinto secolo", Tip. Venturini, Brescia 1854.

(3) Alessandro Benedetti, "Diaria de bello Carolino", Aldo Manuzio, Venezia 1496.

(4) Eugenia Tognotti, "L'altra faccia di Venere", Franco Angeli, Milano 2006.

(5) Andrea Vesalio (Bruxelles 1514 - Zante 1564) viene considerato il fondatore della moderna anatomia.

(6) Alessandro Benedetti, "Historia corporis humani sive Anatomice", Libri quinque, Bernardino Guerralda vercellese, Venezia 1502.

Benedetti sceglie come modelli ideali per il suo teatro anatomico temporaneo il Colosseo e l'Arena di Verona (*Romae ac Veronae cernitur*), emblemi dell'architettura ludica e civile romana⁽⁷⁾. Rileggendo il passaggio di Benedetti qui riportato si delinea lo scenario proprio della dissezione anatomica in quel tempo, anzi meglio di quella che era la "pubblica notomia", alla quale non intervenivano soltanto gli "addetti ai lavori" come medici e futuri medici, ma anche rappresentanze delle autorità civili e religiose, per le quali i posti dovevano essere stabiliti 'secondo il rango'. L'atto materiale della dissezione era eseguito da 'chirurghi delle ferite' di comprovata abilità, mentre al docente (il lettore) spettava la spiegazione di quanto veniva reso visibile, nel solco della tradizione dottrinale. Se confrontiamo lo scenario così descritto con le immagini che ci offrono ad esempio i frontespizi dell'opera di Andrea Vesalio (1543)⁽⁸⁾ e di Realdo Colombo (1559)⁽⁹⁾, di non molto successivi, non possiamo non osservare come nell'arco di alcuni decenni di distanza venga in questi ultimi esaltato iconograficamente il ruolo dell'anatomista, che da semplice ripetitore o poco più di dottrine trasmesse si trasforma in uno scienziato che scruta di persona l'architettura dell'organismo umano.

Da strutture mobili e scomponibili, i teatri anatomici si trasformeranno poi in luoghi stabili con quell'architettura propria che ancora oggi possiamo ammirare, come quello di Padova,

realizzato nel 1595 da Girolamo Fabrici d'Acquapendente (1533-1619), professore di Anatomia e Chirurgia in quella Università.

L'umanesimo e la celebrazione di Verona

Benedetti è stato quindi insigne medico clinico, celebre anatomico del XV secolo, così come lo ricorda Giuseppe Cervetto⁽¹⁰⁾, ideatore della lezione sul corpo umano in teatro, docente universitario di anatomia e autore di testi scientifici con i suoi trattati medici anatomici. Egli è stato però anche artefice di pubblicazioni di carattere letterario, tra le quali citiamo le *Collectionnes medicinae* con la loro funzione deontologica e l'edizione della *Naturalis historia* di Plinio il Vecchio (entrambe in latino), che lo ha visto impegnato nell'indagine filologica e dove emerge il suo amore per la patria veronese. Illuminato da una prospettiva che collega la medicina scientifica, comunque non scevra dell'influenza delle dottrine astrologiche proprie dell'epoca⁽¹¹⁾, alla riflessione più speculativa e intellettuale, Benedetti è interpretabile come un erudito umanista⁽¹²⁾.

L'opera *Collectionnes medicinae*⁽¹³⁾, dedicata al patrizio veneziano Marco Sanudo⁽¹⁴⁾, comprende quasi 400 aforismi che «possono essere considerati come il più antico trattato di deontologia medica»⁽¹⁵⁾. Una considerazione di questo lavoro, intrisa verosimilmente anche di una certa gravidanza laudativa per il proprio concittadino, ci pro-



Frontespizio di una delle edizioni dell'opera di Alessandro Benedetti "Historia corporis humani sive Anatomice", che si sono ripetute a partire dall'anno 1502.

viene quasi quattro secoli dopo dal medico e storico della medicina veronese Giuseppe Cervetto⁽¹⁶⁾.

«Un Galateo del medico e del malato degno d'essere alla mano anche de' moderni professori. [...] Aforismi ai quali non sarebbe inutile cosa rivolgere talora anche oggidì qualche sguardo studioso. [...] Una raccolta di avvertimenti pratici e osservazioni medico-chirurgiche esposte con sagace criterio, mirabile ordine e purissimo stile. [...] Un esercizio dal lato morale, artistico e scientifico. [...] Una prudente teorica unita e guidata da una pratica avveduta e colta»⁽¹⁷⁾.

(7) Andrea Carlini, "L'anatomia a teatro tra didattica, celebrazione e edificazione", in AA.VV., "L' Anatomia tra arte e medicina", Silvana Editoriale, Milano 2010, pp. 13-23.

(8) Andrea Vesalio, "De humani corporis fabrica", Libri septem, Johannes Oporinus, Basel 1543.

(9) Realdo Colombo, "De re Anatomica", Nicolò Bevilacqua, Venezia 1559.

(10) Giuseppe Cervetto, "Di alcuni illustri anatomici italiani del decimoquinto secolo. Indagini per servire alla storia della scienza", Antonelli, Verona 1842, pp. 67-153.

(11) Si veda Roberto Massalongo, "Alessandro Benedetti e la medicina veneta nel Quattrocento", Officine Grafiche di Carlo Ferrari, Venezia 1916.

(12) «Poiché Benedetti è medico, anatomista ma anche editore di un testo classico, il tema storiografico di fondo diviene ipso facto quello, intricatissimo, dei rapporti tra umanesimo e conoscenza della natura» (Giovanna Ferrari, "L'esperienza del passato. Alessandro Benedetti, filologo e medico umanista", Leo S. Olschki, Firenze 1996, p. 9).

(13) Alessandro Benedetti, "Collectionnes medicinae" (*Alexandri Benedicti physici de medici atque aegri officio collectionum*), De Gregori, Venezia 1493.

(14) «Alessandro Benedetti, fisico veronese, [dedica questo] al nobile senatore veneziano Marco Sanudo».

(15) Alberto Chiappelli, Review of R. Massalongo, Alessandro Benedetti e la medicina veneta nel Quattrocento (Atti del Reale Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti, 1916-17, tomo LXXVI, parte II), Archivio Storico Italiano, 75, 1-2: 245-247.

(16) Sara Patuzzo, Nicolò Nicoli Aldini, "Giuseppe Cervetto e il ruolo di Verona nella Storia della medicina", Verona Medica n. 3, settembre 2023, pp. 34-38.

(17) Giuseppe Cervetto, "Di alcuni illustri anatomici italiani del decimoquinto secolo. Indagini per servire alla storia della scienza", op. cit., pp. 90-91.

L'attività filologica e antiquaria di Benedetti emerge nel 1507 con l'edizione dei 37 libri dell'enciclopedia *Naturalis historia* di Plinio⁽¹⁸⁾, che si rivolge a un pubblico di medici e intellettuali e che mira a restituire al testo pliniano la sua autenticità. Come menziona Giovanna Ferrari, nell'epistola dedicatoria Benedetti esplicita il suo interesse per l'opera: da un lato per i suoi contenuti, che ne fanno un volume fondamentale in materia medica, dall'altro per esercitare uno sguardo critico-filologico di afflato più umanistico.

L'epistola acclusa è indirizzata ai concittadini veronesi sia per polemica nei confronti della tradizione, che vuole le dediche dei curatori di testi classici a figure autorevoli, sia per la forte convinzione di Benedetti che Plinio fosse di origine veronese⁽¹⁹⁾. Proprio l'inserirsi di Benedetti nella «battaglia storico-filologica sulla patria di Plinio»⁽²⁰⁾, ci offre l'opportunità di ottenere uno sguardo su Verona durante la seconda metà del Quattrocento. Benedetti sostiene la 'veronesità' di Plinio ponendo in luce alcuni elementi reputati fondamentali: l'utilizzo nella

Naturalis historia di 10 parole latine che ricalcano termini veronesi⁽²¹⁾, il ritrovamento a Verona di un'iscrizione che l'antico studioso avrebbe fatto incidere per la morte dei propri genitori⁽²²⁾ e la presenza in città di una statua a lui dedicata. Proprio nel periodo storico in cui vive Benedetti, viene realizzata in Piazza dei Signori la nuova Loggia del Consiglio o di Fra Giocondo (forse il più noto architetto veronese del tempo), terminata intorno al 1492 e considerata oggi uno dei capolavori dell'architettura rinascimentale veronese. La Loggia è una dimostrazione della grande ammirazione dei rinascimentali per il mondo classico e, al contempo, dello zelo dei veronesi nei confronti della propria città. Infatti, sul suo cornicione sveltano le statue di cinque personaggi antichi che si riteneva fossero nati a Verona: i poeti Catullo e Macro, l'architetto Vitruvio, lo storico Cornelio Nepote e appunto lo studioso di scienze naturali Plinio.

L'impegno di Benedetti nel sostenere la maternità veronese di Plinio non si limita a un semplice interesse per gli aspetti storico-biografici del per-

sonaggio. Questa determinazione rappresenta, in realtà, un'affermazione più profonda e significativa: esso è un tentativo di attribuire a Verona una propria autonomia e identità culturale, indipendente dall'influenza di Venezia⁽²³⁾.

Tuttavia, il legame di sudditanza di Verona nei confronti di Venezia sarà scolpito nel 1592 sul portone di ingresso della citata e rinomata Loggia con l'incisione della frase latina *Pro summa fide summus amor*, la cui traduzione attesta una "Verona fedele" non tanto, come alle volte si è malinteso, alla dimensione religiosa, quanto proprio a Venezia, che le esprime in cambio la propria gratitudine ("Alla grandissima fedeltà [di Verona], [Venezia] ricambia con grandissimo amore").

DOTT.SSA SARA PATUZZO,
DOTT. NICOLÒ NICOLI ALDINI
CATTEDRA DI STORIA DELLA MEDICINA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE, ODONTOSTOMATOLOGICHE E MATERNO-INFANTILI
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

(18) Caio Plinio Secondo, "Historiae naturalis libri XXXVII ab Alexandro Benedicto Veronensi physico emendatores redditi", Giovanni Rosso e Bernardino e fratelli vercellesi, Venezia 1507.

(19) Giovanna Ferrari, "L'esperienza del passato. Alessandro Benedetti, filologo e medico umanista", op. cit., p. 182.

(20) Idem, p. 213.

(21) Alum, sisymbrium, tanum, rapicum, ovorum indicem, stramen, restem, palmulam, pituitam, inguen (idem, pp. 226-231).

(22) Epigrafe CIL V 3442, Museo Lapidario Maffei, Verona.

(23) Giovanna Ferrari, "L'esperienza del passato. Alessandro Benedetti, filologo e medico umanista", op. cit., p. 215.

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)

Il simbolo dei medici, tra mito e valori della categoria

Chissà quanti colleghi si saranno domandati quale fosse il simbolo dei medici chirurghi in Italia e nel resto del mondo.

Nelle farmacie avranno visto esposta l'immagine del caduceo, un bastone alato con due serpenti, mentre altrove avranno notato un simbolo con un solo bastone ed un solo serpente. Si possono trovare altri simboli analoghi, con o senza bastone, con o senza serpenti.

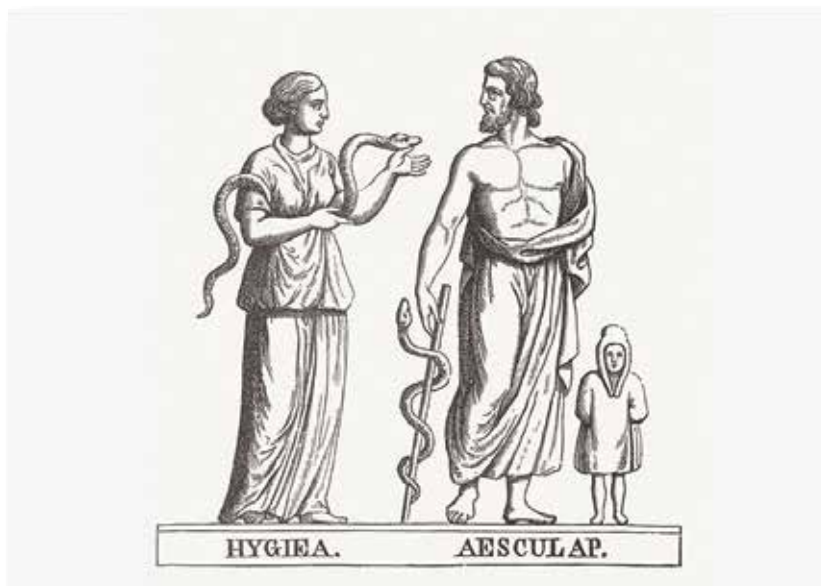
IL BASTONE DI ASCLEPIO

Ma qual è il vero simbolo dei medici? La pratica di associare idee, valori, realtà a un'immagine è antichissima e rappresenta una formidabile strategia di ottimizzazione della comunicazione. Il simbolo dei medici chirurghi di tutto il mondo è rappresentato dal bastone di Asclepio, una semplice asta a cui si avvolge un unico serpente.

Ritroviamo tale logo nella bandiera dell'Oms (Organizzazione mondiale della sanità) sovrapposto allo stemma dell'Onu, di cui è un'agenzia. Lo ritroviamo inoltre nel simbolo internazionale dei soccorritori, rappresentato dalla 'Stella della vita', che vediamo affissa sulle ambulanze (ad eccezione di quelle della Croce rossa) e dove ogni braccio rappresenta un'azione che i soccorritori devono svolgere. In Italia tale simbolo lo ritroviamo nel logo dell'Enpam e di svariati Omceo (particolare è quello dell'Ordine di Torino in cui un serpente si arrotola intorno alla Mole Antonelliana).

NATO DAL PRIMO CESAREO

La figura di Asclepio è collocata nel 1200 a.C. La mitologia su di lui è molto intricata, con svariate versioni relative alla sua nascita, alla vita, ai suoi figli. La più ricorrente vuole che Apollo (dio del Sole, potente guaritore e - come tutti gli dei - capace di infliggere



terribili punizioni agli uomini), venne a sapere del tradimento della sua amante, la baccante Coronide.

La uccise (o la fece uccidere da sua sorella, la dea Artemide) e con un successivo ripensamento volle salvare il figlio della loro relazione, estraendolo dal grembo della baccante. Se ci si pensa, si tratta di una descrizione mitologica del primo parto cesareo. Il neonato venne dunque chiamato Asclepio (askelos = sempre; epios = mitigatore), e fu affidato al centauro Chirone, a cui Apollo stesso aveva insegnato l'arte della medicina. A sua volta Chirone - il cui nome deriva da cheira = mani, da cui il termine chirurgia - tramandò la conoscenza medica al giovane apprendista, che grazie alle sue capacità riusciva a guarire molte persone, addirittura resuscitandone alcune. Nella mitologia ogni eccesso viene punito e Asclepio non sfuggì a questa logica.

Le sue guarigioni attirarono le antipatie di Ade (Plutone), divinità dell'aldilà, che si trovò privato delle anime dei pazienti salvati. In preda all'ira, il

dio rivolse a Zeus le sue lamentele e il signore dell'Olimpo decise di punire la superbia del guaritore, colpendolo con un fulmine e uccidendolo.

DAL MITO ALLE STELLE

Zeus poi rivide la sua decisione e rese Asclepio dio della Medicina, dandogli un posto nella costellazione del Serpentario, detta anche Ofiuco. Il culto della divinizzazione di Asclepio si diffuse nell'antica Grecia solo dopo il V secolo a.C. Secondo il mito, Asclepio ebbe molti discepoli, a partire dai propri figli. L'Iliade parla di due figli maschi, i miti successivi di cinque figlie femmine. Tra queste, Igea, che rappresenta la salute e l'igiene, e Panacea, guaritrice di ogni male con le erbe. I discepoli formarono una casta, con il compito di insegnare la medicina e Ippocrate sarebbe stato il diciassettesimo discendente di Asclepio.

SERPENTI E SOGNI "DIAGNOSTICI"

I cultori di Asclepio consideravano sacri i serpenti. La mitologia vuole che un serpente si sia avvinghiato al

bastone del guaritore per porgergli l'erba che gli permise di resuscitare il primo uomo. La figura del serpente rappresenta vari significati simbolici: la muta della pelle rimanda alla rinascita, alla vita che si rinnova, il veleno era considerato portatore di morte o medicamento.

Nei templi dedicati ad Asclepio vi erano allevamenti di serpenti e i suoi discepoli praticavano l'incubatio (da cui derivò il termine incubo). Ai pazienti, dopo un lungo rituale di digiuno, pulizia e preghiere venivano somministrate droghe che favorivano il sonno e stimolavano i sogni. Durante la fase di sopore venivano eseguite cure e interventi chirurgici oppure si lasciava che il dio apparisse in sogno al malato e gli indicasse come guarire. Il sogno veniva poi interpretato dai discepoli di Asclepio, che mettevano in atto le cure.

IL TEMPIO A ROMA

I romani latinizzarono il nome greco in Esculapio e intorno al 293 a.C., per propiziare la fine di una pestilenza

che colpì Roma decisero di edificare un tempio dedicato alla divinità. Una delegazione venne inviata presso il santuario di Epidauro (sulla sponda meridionale del golfo di Saronico, in Grecia) e un serpente uscito dal tempio strisciò fino alla nave romana.

Nel viaggio di ritorno, risalendo il Tevere la delegazione rivide l'animale lasciare l'imbarcazione alla volta dell'Isola Tiberina. Il segno fu interpretato come un'indicazione sul punto in cui costruire il luogo di culto. Sui resti del tempio di Asclepio si erge oggi la basilica di San Bartolomeo, ma nel lato sud si può ancora notare un bassorilievo che raffigura il bastone di Esculapio.

La simbologia del bastone cinto dal serpente si può ritrovare anche nell'Antico testamento. Nel libro dei Numeri, infatti, Mosè utilizza come strumento di guarigione proprio un serpente in rame posto su un'asta.

Ad oggi la maggiore critica rivolta al bastone di Asclepio è che sia un

simbolo troppo semplice, rispetto ad esempio al caduceo. Si può replicare con il fascino del mito che lo caratterizza e con i significati simbolici che lo contraddistinguono.

Un sibilo antichissimo, ma attuale e versatile, al punto da essere stato incluso nelle emoji, le celebri "faccine" presenti sulle piattaforme di messaggistica.

Ringraziamo per il contributo di ricerca e di testo **Matteo Chiappa**, corsista in medicina generale e **Angelo Rumore**, medico di famiglia convenzionato con la Asl città di Torino

Bibliografia:

Luciano Sterpellone,

La medicina Greca Ediz. Essebiemme <https://www.treccani.it/enciclopedia/asclepio/> La Sacra Bibbia Libro dei Numeri (Nm) 21:9

SERVIZI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI 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.

La Copertina

Caro Direttore, e “caro amico ti scrivo”, e lo faccio perché non ho il tuo numero di telefono.

Come sai, la pensione ci offre tante opportunità di pensare, dato che la nostra mente è più libera da tante preoccupazioni e responsabilità...

Leggendo gli interessanti numeri periodici digitali di “Verona Medica” mi è venuta l’idea di creare una veloce e svelta rubrica, che chiamerei “La copertina”, in cui spiegare un’immagine della prima pagina, che riguardi temi attinenti al mondo della sanità. Naturalmente la decisione è tua, persona da sempre responsabile della rivista. IL Dott. Carlo Ruggiu ha comunque approvato l’idea.

Per chiarire, la prima copertina potrebbe riguardare “La storia dell’autoambulanza”, con una significativa immagine in copertina, ed altre all’interno. Successivi temi nei prossimi numeri potrebbero essere le foto di presidi medici di un tempo, (da storici stetoscopi, ai bollitori per siringhe di vetro a stampe di pubblicità sanitaria degli anni 50 ecc.)

Ho conservato molti di questi oggetti, che erano nell’ambulatorio medico di mio papà, medico condotto.

Naturalmente è possibile che tali cimeli siano anche in tuo possesso, dato che se non erro i nostri genitori erano colleghi più o meno coetanei.

Queste immagini verrebbero spiegate all’interno della rivista con un breve,

semplice ed il più possibile chiaro articolo in questa rubrica chiamata “la copertina”.

In conclusione, si tratterebbe di un mini “Bignami” di storia della Medicina, riguardante il mondo di un ambulatorio medico dagli anni 50 del secolo scorso in poi.

Di tutto ciò se ne incaricherebbe il sottoscritto, ma la mia è solo un’idea ed una proposta di collaborazione.

Ciao auguri di buona continuazione e soprattutto di buona salute l’impegno che ora è diventato per noi quello più importante e di cui dobbiamo occuparci ogni giorno !

GIUSEPPE CALZAVARA

Breve Storia dell’autoambulanza

Ci prende un tuffo al cuore quando la luce blu e la sirena di un’ autoambulanza ci chiedono strada. All’interno un lettino occupato da un paziente, simbolo del dramma e del dolore, dell’ansiosa attesa e della speranza; nei sedili dell’autista e dell’assistente il pensiero del buon samaritano animato dalla nobile dedizione nei confronti del prossimo. Quale altro mezzo più di questo si porta all’interno i destini ed i valori della vita? Ecco perché c’è una profonda etica in ogni croce sul tetto, sia rossa o bianca oppure verde o gialla o Europa o Amica.

Il termine deriva dal latino “ambulare”, creato da Isabella di Spagna nella seconda metà del 1400 per significare formazioni sanitarie mobili a seguito dei soldati, chiamate “ambulancias”. Le istituzioni di soccorso organizzate erano basate spesso sul volontariato; già nel 13° secolo nascevano a Fi-



1 - Barella da lettiga 1870

renze “Le Misericordie”. Fu il barone Dominique Jean Larrey, chirurgo francese a seguito dell’armata napoleonica, ad introdurre nel 1792 il moderno concetto di ambulanza come mezzo di trasporto dei feriti. Il ginevrino Henry Dunant, colpito dall’orrore della battaglia di Solferino del 24 giugno 1864, fondò nel 1863 la Croce rossa.

Volete fare una bella gita con i vostri bambini? Andate a Castiglione delle Stiviere (Mantova), e visitate Il museo internazionale della Croce Rossa, inaugurato cent’anni dopo quella battaglia, il 25 giugno 1959.

Ci sono pagine di storia attraverso l’esposizione di mezzi per l’assistenza ed il trasporto dei feriti, come lettighe in legno della seconda metà del 1800 (foto 1) ed ambulanze a motore del 1930. Un altro esempio di lettiga è all’ingresso del Polo Chirurgico Confortini dell’O.C. di Verona- Borgo Trento (foto 2). Alla fine dell’800 nacquero le pub-



2 - Lettiga entrata O.C. Vr B. Trento

bliche assistenze; la “Croce Verde” di Verona sorse nel 1909, la “Pia Opera Croce Verde” di Padova nel 1913. Avevano mezzi poco attrezzati (foto 3 e 4) solo con un lettino, un sedile per l’assistente, un lavello, una cassetta di primo soccorso ed il loro scopo era di portare il più presto possibile l’ammalato in ospedale. Nel 1959 furono dotate per legge di un lampeggiante blu e di una sirena bitonale con melo-

dia diversa rispetto a quella delle forze dell’ordine.

Negli anni 60 le autoambulanze derivavano dalle “familiari”, tipicamente le Fiat 1800 (foto 5) e Peugeot 504, ma successivamente negli anni 70 ed 80 si impiegarono mezzi derivati dai furgoni Fiat 238 e Volkswagen T2, fino agli attuali onnipresenti Fiat Ducato. Le attuali ambulanze (foto 6 e 7) sono veri e propri centri mobili di rianimazione cardiopolmonare, dotati di farmaci, ECG, defibrillatore, intubatori, ossigenoterapia per sostenere e riattivare le funzioni vitali; il primo soccorso serve quindi a stabilizzare il paziente, piuttosto che farlo giungere in Ospedale in condizioni ancora critiche. Esse sono spesso raggiunte ed affiancate da un’ “auto medica” (dotata di un Medico), e collegate con l’elisoccorso.

GIUSEPPE CALZAVARA



5 - Fiat 1800



5 - Fiat 1800 interni



3 - 4 - Lancia Appia



6 - Fiat Ducato

L'Auto del Dottore

"L'auto fiammante è uscita ieri dalla concessionaria, ed il primo viaggio del medico al volante è oggi a Verona, in via Don Carlo Steeb.

Alla sede dell'Ordine dei Medici egli va a richiedere lo stemma rotondo in metallo dell'ente (foto 1), da apporre al più presto ben visibile all'interno del parabrezza.

Da questo momento il nuovo acquisto diviene "l'auto del dottore", orgoglioso risultato di molti anni di impegno e sacrificio.

E da ora questa vettura è riconoscibile rispetto a qualsiasi altra, significato di doverosa disponibilità nel soccorrere; inoltre essa può entrare facilmente nel parcheggio dell'ospedale, per via della benevolenza del portinaio. E "vada vada, dottore", è la comprensiva risposta degli agenti dell'ordine quando il conducente venga fermato dopo aver parcheggiato in divieto di sosta o per aver schiacciato troppo l'acceleratore".

Ho descritto un quadro che poteva essere stato dipinto negli anni dal 1950 fino alla fine del '70 del secolo scorso. Da allora, poco per volta, si è entrati in un altro mondo: il medico ben raramente ai giorni nostri si attiva nelle emergenze e ciò succede

quando si trovi occasionalmente a percorrere un luogo ove sia avvenuto un incidente, o dove qualche persona presenti un problema medico acuto; la sua figura è stata infatti sostituita dal servizio 118 con l'autoambulanza attrezzata e l'elisoccorso, che permettono una ben più efficace assistenza; inoltre, al posto del portinaio dell'ospedale, ormai pensionato, ci sono i pass consegnati solo al personale dipendente, che non consentono ad altri di entrare nel parcheggio interno della sede; e nessuna indulgenza c'è da parte di Carabinieri o Polizia per un'infrazione compiuta da un sanitario rispetto ad un altro cittadino.

E cosicché questo stemma dell'Ordine dei Medici della provincia, un tempo ambito ed autorevole, esercita ora ben poco fascino, e non viene quasi più esibito sulle auto dei medici.

Rinnovato da molti anni in una vetrofania adesiva con il numero di iscrizione (foto 2), sembra sia richiesto in via Locatelli solo dal 5% circa dei giovani neoiscritti a Verona.

E ciò è un vero peccato, perché questo emblema visibile sulla strada ha lo stesso valore del camice bianco indossato all'interno nell'ambulatorio dal medico, un segno di riconoscimento e di appartenenza, a signi-

ficare una persona dedicata all'aiuto e al prossimo, al di là di orari o cartellini. Purtroppo questa disponibilità va spesso a ridursi quando ella voglia visitare i propri pazienti ricoverati o consultare i colleghi all'interno di una sede ospedaliera, e questo per difficoltà comprensibili: la congestione del traffico per arrivare alla struttura, il poco tempo a disposizione, ma soprattutto il problema di riuscire a sostare.



Stemma - foto 2

I Medici di Famiglia potrebbero avanzare una proposta: perché non riservare nel parcheggio della sede uno o due posti alle loro auto, naturalmente solo se ciò motivato dal servizio, allo stesso modo con cui doverosamente questo è previsto in favore delle persone invalide, delle mamme in attesa e dei tutori dell'Ordine?

Questa possibilità potrebbe essere un modo per poter avvicinare questa categoria professionale all'ospedale, un segno di appartenenza come era un tempo; ed in questa maniera, finalmente, tanti stemmi dell'Ordine dei Medici comparirebbero sui parabrezza!

GIUSEPPE CALZAVARA



Stemma - foto 1

Ladri di Salute

Ieri sera, su un canale Mediaset, è andata in onda una puntata di "Fuori dal Coro" con un titolo decisamente forte: "Ladri di salute". Incuriosito l'ho seguita.

Con mia meraviglia, ho scoperto che il Pronto Soccorso di Legnago deterrebbe un "triste primato": quello degli abbandoni senza avere ricevuto la prestazione. Secondo la trasmissione, il nostro di Legnago, sarebbe il Pronto Soccorso in cui, più spesso che in altri posti della penisola, la gente è talmente esasperata dalle attese, da abbandonarlo senza essere stata visitata.

Nella puntata il giornalista fermava i pazienti in uscita dal P.S. e chiedeva loro, con che codice fossero stati accolti, se avessero o meno ricevuto la prestazione e quanto avessero atteso.

Per sua sfortuna non c'era tra gli intervistati nessun codice rosso o giallo e nessuno che avesse rinunciato alla prestazione. C'erano, invece, ed erano la quasi totalità, quelli scontenti per avere atteso ore. A quel punto il giornalista telefonava (in diretta) al Direttore del P.S. chiedendogli il perché delle lunghe attese e la risposta che riceveva era quella più ovvia: le prestazioni richieste erano tante ed il personale in servizio era quello che passa il convento. Il collega chiamato dal giornalista, mi ha raccontato, qualche giorno dopo, che siccome quel giorno era il primo di aprile (Pasquetta) aveva creduto che chi lo stava chiamando sul cellulare gli volesse fare un "pesce d'aprile". E mi ha anche confessato di non essere mai stato a conoscenza di detenere quel triste primato.

Ma prima del servizio sul Pronto Soccorso, la trasmissione era esordita affrontando un problema ben più serio: quello delle liste d'attesa. Mostrava che in ogni parte d'Italia i tempi per accedere alle prestazioni sono biblici. Anche di 2 anni. E quel che è peggio, in tanti posti le prenotazioni sono bloccate. Non si accettano più prenotazioni.

Si mostrava, in diretta, l'imbarazzo di qualche operatore CUP che doveva dire alla giornalista che gliela chiedeva che per quella prestazione non c'era "disponibilità" e che la soluzione era quella di ritentare a prenotare in altro momento.

Al rifiuto seguiva un via vai infinito della giornalista che si presentava col paziente negli uffici dell'URP, nelle Direzioni Sanitarie, con un Direttore Generale, nuovamente con gli operatori del CUP, finché, ... potenza dei servizi mediatici ..., la prestazione veniva prenotata.

Secondo la trasmissione, però, siccome non tutte le persone che vanno a prenotare un esame sono assistite dal giornalista, ben il 37% di chi ha bisogno di un'indagine o di una visita specialistica non riesce a prenotarla, ed addirittura il 42% di chi ha redditi bassi, rinuncia definitivamente alle cure. Chi ha invece la disponibilità economica la soluzione la trova. Basta ricorrere al privato e pagarsi le prestazioni. Addirittura anche quelle di Pronto Soccorso. Ce ne sarebbe uno privato anche nella mia Legnago (cosa che mi ha lasciato basito...). La soluzione a questi malanni però esisterebbe, e sarebbe prevista per legge. Anzi da due leggi. La prima, la 266 del 2005 articolo 1, comma 282, che dice che sospendere le attività di prenotazione (fenomeno delle cosiddette liste d'attesa bloccate, agende chiuse) è una pratica vietata. L'altra, la 124 del 1998, che dice che quando i tempi di attesa per la prestazione sono superiori a quelli previsti dal codice di priorità, l'assistito può andarsi a prendere la prestazione nella libera professione e chiedere, poi, alla sua ASL il rimborso della differenza tra quanto sborsato ed il costo del ticket previsto.

Lo confermava la responsabile dell'Associazione Diritti del Malato di Udine che sosteneva il buon diritto della gente ad essere curata, indipendentemente dalle capacità economiche, affermava di conoscere le due leggi,

ed invitava i "malati" a far valere i propri diritti con le denunce. Precisando che per poter procedere come previsto dalla 124/1998 serve avere la prova documentale del mancato rispetto dei tempi di priorità. Ossia il biglietto del CUP che attesti che quel tempo non è rispettato. Cosa possibile se la prestazione è stata prenotata, ma che diviene impossibile se la prestazione non viene prenotata. In questo caso non resta che procedere con la denuncia per il mancato rispetto della 266/2005 (mancata prenotazione, quindi Omissione di atti d'ufficio).

E al quel punto serve l'avvocato... ! Insomma in futuro per curarci ci servirà il giornalista o l'avvocato... !

Mi è venuto in mente che queste due leggi, a suo tempo, le avevo segnalate, anni fa, al responsabile del locale "Tribunale dei diritti del malato", ma non se ne era fatto niente. Forse perché da noi, in Veneto, il "Tribunale" riceve dalla Regione il suo bravo finanziamento, ed alla fine funziona come l'URP (Ufficio Relazione con il Pubblico) la cui attività mi è sempre sembrata più quella di rabbonire la gente infuriata, che quella di segnalare i disservizi perché possano essere risolti. Ma per tornare al titolo. Chi sarebbero alla fine questi "ladri di salute"?

La trasmissione non lo dichiara, ma ci fa immaginare che possano essere quanti governano il nostro SSN con tutte le sue contraddizioni ed inefficienze. Al punto che forse è meglio chiudere baracca e burattini, farci tutti la nostra brava assicurazione e affidarci ad una sanità privata, più efficiente e meno frustrante.

Insomma una trasmissione amara che mi porta ad una considerazione altrettanto amara.

Il nostro SSN compie quest'anno 46 anni. Ma con tutti gli acciacchi (ed i nemici) che ha, ne mostra molti di più. Speriamo riesca a sopravvivere.

ROBERTO MORA

Associazione Medici a mani nude: l'ACN non dimentichi i medici di medicina generale morti per il Covid

In relazione all'Accordo Collettivo Nazionale di medicina generale relativo al triennio 2019/2021 che riconosce ai MMG la quota di arretrati relativi a questo periodo, l'Associazione Medici a Mani Nude, attraverso il presidente Gennaro Avano, sottolinea:

“Com” è noto molti medici di medicina generale e pediatri di libera scelta sono deceduti a causa del contagio da SarsCov2 proprio nel triennio oggetto degli arretrati riconosciuti. Auspichiamo quindi, non solo che si provveda a prevedere e normare, con il presente accordo, anche la ricezione degli arretrati da parte degli eredi dei medici deceduti, ma che si tengano anche in debita considerazione il sacrificio dei medici deceduti per Covid in questi anni e le legittime aspettative dei loro eredi riguardo un dignitoso ristoro, riconosciuto per legge, e non ancora erogato”.

“Quando si diventa medici lo si è per sempre”: è questa la frase che accompagna una delle immagini più iconiche del sacrificio di centinaia di medici di medicina generale, e non solo, nei mesi più duri della pandemia. Un sacrificio che Fimmg non ha mai smesso di onorare, anche per il rispetto dovuto ai figli, alle mogli e ai mariti di quei medici che hanno tenuto fede al Giuramento di Ippocrate sino alle più estreme conseguenze. «Oggi, onorare la memoria di quei colleghi significa fare in modo che i loro diritti, a beneficio dei loro eredi, siano rispettati», dice il segretario generale Silvestro Scotti, che poi aggiunge: «Noi non abbandoneremo mai le famiglie di quanti sono morti pur di assistere i loro pazienti. Il nostro impegno sarà quello di fare in modo che, all'entrata in vigore dell'ACN 2019-2021 per la

medicina generale con l'adozione dell'Atto di Intesa Stato-Regioni, il riconoscimento degli arretrati a partire dal 2019, sia garantito - per gli anni che hanno prestato servizio - come dovuto, ai colleghi che hanno perso la vita a causa del contagio da Covid-19». Il leader Fimmg sottolinea l'esigenza di arrivare al più presto all'adozione dell'Atto di Intesa dell'ACN, perché ogni giorno che passa ritarda anche il dovuto riconoscimento a questi colleghi e alle loro famiglie oltre che a tutti i medici di Medicina Generale». Per fare in modo che nessuno sia lasciato solo, Fimmg sta già allertando tutte le segreterie provinciali, che saranno a disposizione degli eredi per offrire loro assistenza anche sotto il profilo amministrativo nel rapporto con le ASL che dovranno riconoscere e versare il dovuto. «Potrebbe ad esempio capitare - conclude Scotti - che molti abbiano chiuso il conto corrente di riferimento su cui l'ASL versava la retribuzione e su cui potrebbe ora cercare di versare gli arretrati. Devo dire che sulla discussione, successiva alla firma dell'8 febbraio, da parte di una sigla minore non firmataria, per la quale “non c” era fretta, avremmo molto da eccepire. Soprattutto dopo cinque mesi di tavoli separati di contrattazione e l'unanime consenso manifestato dalle organizzazioni sindacali presenti (a verbale della Sisac) rispetto al risultato delle trattative e di rimando della firma, da parte di alcuni, solo per motivi statutari interni. L'unica risposta possibile è: non c'è più tempo per giochi di cassetta sindacale che nulla hanno a che vedere con gli interessi della medicina generale».

Alla richiesta dell'Associazione Medici a Mani Nude si associa l'Enpam chiedendo che agli eredi dei medici di famiglia deceduti a causa del Covid ven-

gano riconosciuti gli arretrati dal 2019. “Proprio i medici di famiglia sono stati i primi a combattere a mani nude il Covid - ricorda il presidente dell'Enpam **Alberto Olivetti** -, soprattutto nelle prime settimane in cui poco si sapeva e poco si capiva di quello che stava accadendo. È dunque sacrosanto riconoscere ai familiari di questi nostri colleghi, gli arretrati relativi a quel drammatico periodo di lavoro».

A quattro anni dallo scoppio della pandemia, l'Enpam sta continuando con le attività di sostegno ai familiari superstiti, come le borse di studio ai figli dei camici bianchi deceduti con il Covid, messe a disposizione insieme a Banca d'Italia. E ancora, il sostegno economico garantito, sempre ai familiari dei medici periti durante il Covid, che versano in condizioni economiche disagiate.

L'Ente di previdenza continua a sostenere la necessità che lo Stato risarcisca le famiglie dei medici convenzionati caduti in misura analoga a quanto accordato ai familiari dei dipendenti. Una proposta di legge in questo senso, che avrebbe visto l'Enpam anticipare le somme necessarie, era stata presentata nel corso della passata legislatura, ma non approvata.

“Nei prossimi giorni - aggiunge Olivetti - è previsto un mio incontro con il ministro della Salute Orazio Schillaci. Consapevole della sensibilità più volte dimostrata dal ministro su questa questione, sarà l'occasione per ribadire, anche a questo governo, la nostra convinzione che a tutti i medici caduti nell'esercizio della professione nel periodo pandemico, vada garantito un risarcimento, senza distinzione alcuna rispetto alla categoria di appartenenza”.

Morbillo. Allarme del ECDC

Il Centro Europeo per la prevenzione ed il controllo delle malattie (Ecdc) lancia l'allarme: la copertura vaccinale non è sufficiente.

I casi di morbillo continueranno ad aumentare nell'Ue nei prossimi mesi a causa della copertura vaccinale non ottimale in numerosi Paesi e dell'elevata probabilità di importazione da aree ad alta circolazione.

"I prossimi mesi rappresentano il picco stagionale del virus".

Ad avvertire dell'atteso ulteriore aumento delle infezioni che verranno rilevate nelle prossime settimane è l'ECDC, Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, in

un documento contenente valutazioni sulla situazione e considerazioni per la risposta di sanità pubblica da mettere in campo.

Primo punto: "Un'elevata copertura vaccinale è fondamentale contro il previsto aumento dei casi di morbillo" a livello europeo. I dati dell'ECDC mostrano che tra gennaio e l'inizio di febbraio 2024 il numero di Paesi dell'Ue che hanno segnalato casi di morbillo è aumentato. E sono stati segnalati almeno **7 decessi in 2 Paesi**.

"Nessuno dovrebbe morire di morbillo - commenta Andrea Ammon, direttore dell'ECDC - L'aumento dei casi di una malattia altamente contagiosa, ma prevenibile con il vaccino, ricorda

chiaramente che tutti gli Stati membri dovrebbero massimizzare gli sforzi per raggiungere e mantenere un'elevata copertura vaccinale per tutte le malattie prevenibili con il vaccino. I vaccini rappresentano un modo sicuro ed efficace per ridurre il carico sanitario delle malattie infettive ed evitare inutili perdite di vite umane".

Il morbillo, si legge in una nota diffusa dall'ECDC, rappresenta "una minaccia per le persone di tutte le fasce d'età, il che evidenzia l'importanza di mantenere un'elevata copertura vaccinale per l'intera popolazione. L'impatto potenziale più elevato del morbillo, a causa dell'elevata morbidità conseguente all'infezione, riguarda i bambini troppo piccoli per essere vaccinati (di solito quelli di età inferiore ai 12 mesi, a seconda dei programmi nazionali). Anche i bambini non vaccinati sotto i 5 anni corrono un rischio maggiore, poiché il morbillo può avere diverse complicazioni in questa fascia di età. Inoltre, altri gruppi come gli immunocompromessi sono a rischio di esiti gravi a causa del morbillo".

Sondaggio FIMMG C.A: l'88% dei medici di continuità assistenziale ha subito almeno una violenza. Il 50% non denuncia

L'88,6% di quanti hanno risposto ha dichiarato di avere subito un episodio di violenza fisica o verbale durante il lavoro. Il 19% ha affermato di aver segnalato ogni episodio di aggressione subita. Il 30,1% ha segnalato soltanto episodi di violenza fisica o minacce gravi. Il 51% non ha mai fatto segnalazioni, perché non ne riconosce l'utilità o per evitare ulteriori problemi. Sono i risultati, eloquenti, di un questionario anonimo sulla sicurezza di Fimmg Continuità assistenziale inviato nel

settembre 2023 e al quale hanno risposto 280 partecipanti (62% donne, 38% uomini).

«Le condizioni di rischio non sono solo determinate dalla gestione di pazienti in stato di alterazione ma anche da atti volontari perpetrati da persone "normali" che, grazie alla mancata conoscenza da parte del medico di Continuità assistenziale, si sentono "sicuri" di non subire conseguenze - spiega Andrea Gonella, vicesegreta-

rio di FIMMG CA -. Spesso i medici operano in isolamento e privi di sistemi informatici reali che consentano l'accesso alla rete assistenziale e la conoscenza di informazione cliniche relative agli utenti. In altre parole, non sono in grado, vista l'occasionalità del contatto, di instaurare un consolidato rapporto di conoscenza e fiducia che li porrebbe in sicurezza».

FONTE LA STAMPA

Fondo Sanità: un 2023 da incorniciare

Sono risultati eccellenti quelli fatti segnare nel 2023 da FondoSanità, il Fondo pensione complementare negoziale per gli esercenti le professioni sanitarie, siano essi liberi professionisti o dipendenti.

Dopo un 2022 caratterizzato infatti da turbolenze finanziarie, derivate dallo scoppio in febbraio del conflitto russo-ucraino, e che avevano avuto effetti deleteri sulle quotazioni internazionali, il 2023 ha fatto invece registrare una decisa ripresa dei valori.

INVESTIMENTO A PROVA DI TFR

Tutti e tre i comparti di FondoSanità hanno fatto segnare non solo crescite cospicue, ma anche andamenti nettamente più favorevoli rispetto al coefficiente di rivalutazione del Tfr (Trattamento di fine rapporto) che rimane il metro di giudizio più comune per apprezzare la qualità dell'investimento in un Fondo complementare, in particolare per i lavoratori dipendenti.

Questi ultimi infatti sono chiamati a decidere se lasciare il proprio Tfr in azienda, assoggettandolo così ad una rivalutazione stabilita ogni anno per legge, oppure conferirlo in un Fondo complementare accettando il rischio connaturato a qualsiasi tipo di investimento finanziario.

E per il 2023 i numeri parlano chiaro, e danno nettamente ragione a chi, tra i camici bianchi, siano essi appunto dipendenti o liberi professionisti, ha optato per FondoSanità.

L'EXPLOIT DI ESPANSIONE

Già il comparto Scudo, infatti, quello più orientato verso un'attività a basso rischio, ha fatto segnare, a fine anno, un progresso del 4,35 per cento rispetto all'inizio del 2023. Un risultato molto soddisfacente, se si pensa che nello stesso anno, il coefficiente legale di rivalutazione del Tfr si è fermato all'1,95 per cento, ossia a meno della metà.

Ancora meglio però è andata a chi ha scelto di investire nel comparto Progressione, quello con una struttura di portafoglio bilanciata, che a fine anno ha fatto segnare un brillante +6,61 per cento.

Dulcis in fundo da segnalare il vero e proprio exploit del comparto Espansione, che si connota per una maggiore esposizione azionaria e dunque per sua stessa natura risulta più soggetto alle oscillazioni dei mercati: ebbene, in questo caso i citati rimbalzi positivi delle contrattazioni internazionali si sono riverberati in modo tale da permettere uno scatto in avanti del 9,25 per cento.

ANCHE PERSEO SIRIO IN RIPRESA

Nell'ambito delle professioni sanitarie vanno tenuti in conto anche i risultati di Perseo Sirio, il Fondo complementare della pubblica amministrazione e della sanità, al quale pure aderiscono molti camici bianchi dipendenti per i quali d'altronde, questo è l'unico fondo negoziale che permette di sfruttare il contributo aggiuntivo elargito dal datore di lavoro.

Secondo i dati che è stato possibile raccogliere, il comparto più garantito di Perseo Sirio, quello per intenderci paragonabile al comparto Scudo di FondoSanità, ha fatto segnare un aumento di circa il 3 per cento.

Un dato anch'esso superiore al coefficiente di rivalutazione del Tfr. E lo stesso vale per il comparto più bilanciato, quello paragonabile invece al comparto Progressione di FondoSanità: in questo caso, pur essendo i dati aggiornati solo a novembre 2023, si registra un aumento delle quotazioni del 2,35 per cento.

LE SCELTE PIÙ LUNGIMIRANTI

La convenienza a investire in FondoSanità, piuttosto che lasciare il Tfr in azienda, non vale solo per il 2023, ma

si conferma, cosa ancora più significativa, soprattutto sul lungo periodo, con un importante distinguo però. Se si guarda infatti ai rendimenti medi garantiti dai tre comparti nell'ultimo quinquennio, si scopre che Scudo è cresciuto mediamente dello 0,16 per cento, Progressione del 3,77 per cento ed Espansione del 6,40 per cento.

Se si confrontano questi risultati con il valore medio del coefficiente di rivalutazione del Tfr, che in questi ultimi cinque anni è stato circa del 2 per cento, si evidenzia quindi una dinamica più volte ribadita da tanti esperti del settore: la convenienza a investire è senza dubbio maggiore per i comparti più orientati al mercato azionario.

È vero, infatti, che questi ultimi sono soggetti a maggiori rischi, e dunque ad esempio in un anno difficile come il 2022 possono averci rimesso. Sul lungo periodo però, quello cioè di almeno 5-10 anni e anche di più, la storia dimostra che la crescita è sempre stata maggiore rispetto al Tfr. Cosa che non accade invece per i comparti più garantiti, quelli a maggiore componente obbligazionaria, che spesso fanno invece fatica sul lungo periodo a sopravanzare la rivalutazione del Tfr.

La considerazione che dunque si può dedurre da questi dati è questa: se si è giovani lavoratori, con davanti un lungo percorso lavorativo, conviene sempre investire in comparti a maggiore esposizione azionaria. Solo quando si è in prossimità del proprio pensionamento, può convenire spostare i propri risparmi da comparti a maggiore crescita, e che però possono essere soggetti a forti fluttuazioni sul breve periodo, verso comparti meno penalizzati da improvvise tempeste finanziarie.

GIUSEPPE CORDASCO

Campagna di sensibilizzazione sul problema dei danni da plastica alla salute

Il problema dei rischi legati alla presenza della plastica nell'ambiente, comprese le conseguenze per la salute umana, è stato negli ultimi anni all'attenzione di tutti gli organismi scientifici sia ambientali sia sanitari del mondo intero. Lo slogan della giornata mondiale per l'ambiente, organizzata dal programma delle Nazioni Unite per l'Ambiente (UNEP) il 5 giugno 2023 ha riguardato il tema della plastica ("Elimina l'inquinamento da plastica").

Un gruppo di lavoro di da **ISDE Italia e Rete Italiana Medici Sentinella (RIMSA)** in collaborazione con la **Società Italiana Medici Endocrinologi (SME)**, la **Federazione Italiana Medici di medicina Generale (FIMMG)**, l'**Associazione Culturale Pediatri (ACP)**, la **Società Italiana di Pediatria (SIP)**, la **Federazione Italiana medici Pediatri (FIMP)**, la **Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI)**, **Choosing Wisely Italy**, **Verdenti** e l'**Università degli studi di Scienze gastronomiche di Pollenzo (CN)**, ha avviato una campagna informativa, destinata in questa prima fase a medici e pazienti, sui rischi ambientali e sanitari legati alla presenza della plastica nell'ambiente, alle modalità di penetrazione e diffusione nell'organismo delle micro e nano plastiche e delle sostanze nocive in esse contenute.

La campagna ha il **patrocinio della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO)** e del **Ministero dell'Ambiente e della sicurezza energetica**.

L'iniziativa, rivolta in prima istanza ai medici di tutte le specializzazioni prevede nell'anno in corso anche il coinvolgimento di farmacie, scuole, strutture sportive, altri enti e Istituzioni.

Gli obiettivi della campagna, in sintesi:

- accrescere la consapevolezza dei danni alla salute umana, ecosistema e ambiente riconducibili alla diffusione delle microplastiche.
- accrescere la capacità di contribuire alla riduzione dell'uso e del consumo della plastica.

Ti chiediamo quindi di collegarti al link <https://www.isde.it/progetto-plastica/> dove troverai tutti i materiali informativi tra cui **un poster (per gli studi medici)** che ti chiediamo di stampare e affiggere nel tuo studio. Il poster contiene un QR code tramite il quale anche i tuoi pazienti potranno collegarsi al sito.

Tra i materiali segnaliamo **un documento informativo**, e delle **schede di approfondimento** su vari argomenti, come ad es. quello sull'acqua in bottiglie di plastica, sui contenitori alimentari, sull'infertilità, sull'interferenza endocrina e molto altro.

Se lo ritieni opportuno puoi stamparne delle copie da distribuire ai tuoi pazienti.

Sono presenti anche poster per le scuole, strutture diverse e farmacie. **Nel sito** troverai anche il link ad **un questionario**, molto breve, <https://it.surveymonkey.com/r/WWYRMNN> che ti chiediamo di compilare, tramite il questionario potrai anche esprimere (rispondendo alla domanda n.20) la tua adesione alla campagna ma potrai aderire anche inviando una e-mail a isde@isde.it, scrivendo nell'oggetto **"campagna plastica"**.

Noi ce la stiamo mettendo tutta, ma è evidente che senza la collaborazione dei singoli medici la nostra campagna non potrà essere efficace, e la questione della contaminazione da plastica è un immenso problema di sanità pubblica.

Per questo chiediamo la tua collaborazione. Siamo disponibili per qualsiasi chiarimento, ti ringraziamo fin d'ora e ti auguriamo buon lavoro.

La coordinatrice del Gruppo di lavoro
Maria Grazia Petronio

RICORDATE...!

È fatto obbligo a tutti gli Iscritti:

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

Prestanomismo

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

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

Dati sanitari, la Fnomceo chiede regole certe

Roberto Monaco in audizione alla Camera: "Far dialogare i dati dei fascicoli sanitari nelle varie Regioni, rendendoli fruibili a livello nazionale. Fascicolo sanitario elettronico diventi strumento di uguaglianza ed equità"

Regole certe, etiche e normative, riguardo alla digitalizzazione e la produzione di dati sanitari. A chiederle, la **Fnomceo**, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, per voce del Segretario **Roberto Monaco**, ascoltato questo pomeriggio in audizione presso la XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, nell'ambito della discussione congiunta delle risoluzioni **Loizzo** e **Girelli** sulla raccolta e l'utilizzo dei dati sanitari.

Un tema, questo, caro alla **Fnomceo**, che gli ha dedicato diversi articoli del vigente Codice di Deontologia medica e che ulteriormente lo svilupperà, alla luce delle innovazioni tecnologiche, scientifiche e legislative, nel nuovo testo in corso di revisione.

*"In premessa – ha infatti esordito **Monaco** - riconosciamo a codesta Commissione il merito di affrontare una tematica così importante attraverso l'esame delle risoluzioni in titolo. In particolare, condividiamo l'intento della risoluzione che vede come primo firmatario l'On. **Simona Loizzo** e che impegna il Governo a promuovere l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (Fse) nel rispetto dell'agenda stabilita dal PNRR, al fine di rendere accessibili le informazioni contenute nel Fse stesso in tutte le regioni italiane, nonché di favorire la progressiva digitalizzazione in ambito sanitario, anche nell'ottica della prevista creazione dello spazio europeo dei dati sanitari (Ehds) e a promuove-*

re l'istituzione per ogni patologia del relativo registro dedicato, così come già accade per determinate patologie, affinché si possa realizzare una programmazione sanitaria mirata e sostenibile, e un miglioramento continuo nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura dei pazienti.

*Apprezziamo, invece, della risoluzione che vede come primo firmatario l'On. **Gian Antonio Girelli** l'idea di assicurare un utilizzo più sistematico dei registri di patologia con un fine generale di programmazione sanitaria e un fine specifico di miglioramento della presa in carico dei pazienti e di adottare iniziative di competenza volte a garantire l'adozione in tutte le regioni italiane del fascicolo sanitario elettronico".*

"La digitalizzazione e la produzione di dati – ha osservato – possono giocare un ruolo fondamentale nel rendere le prestazioni sanitarie più efficienti, veloci e sostenibili, al precipuo fine di concretizzare quella tutela dei diritti, alla salute, all'uguaglianza, che, come Ordine, siamo chiamati a garantire. In tale contesto è evidente la necessità di una regolamentazione che riesca a favorire l'innovazione, senza violare la riservatezza dei dati personali".

A tal fine, la **Fnomceo** sostiene anche l'utilizzo di tecniche di intelligenza artificiale.

*"Occorrono tuttavia – ha ammonito **Monaco** - regole etiche, e infatti l'utilizzo dell'intelligenza artificiale è una delle direttrici che orientano l'aggiornamento, in corso, del Codice di Deontologia medica, e normative".*

*"Questa Federazione – ha evidenziato ancora il Segretario **Fnomceo** - rimarca come la digitalizzazione favorirà quella integrazione tra i Servizi Sanitari regionali e le Piattaforme nazionali, atta a definire un nuovo modo*

di declinare la prestazione professionale e quindi l'assistenza sanitaria in generale".

Da un punto di vista operativo, una delle questioni più importanti evidenziate da **Fnomceo** riguarda il **Fascicolo sanitario elettronico** ed è proprio quella di "consentire il dialogo basato sull'interoperabilità dei dati dei fascicoli regionali e realizzare un ecosistema di dati sanitari costituito da una rete federata di centri che interconnette in formato digitale i dati relativi alla salute del paziente". Questo, al fine di consentirne la condivisione sicura e rapida non solo ad uso primario, ma anche per finalità di governo e di programmazione.

Sì dunque, da **Fnomceo**, all'istituzione di un'**Agenzia Sanitaria per la Salute Digitale** e quindi di una rete di centri di dati coordinati con lo **European Health Data Space**, dove tutti i soggetti pubblici e privati possano condividere i dati opportunamente anonimizzati, creando un ecosistema per garantire una maggiore equità dei servizi e quindi ottimizzare i tempi e le risorse dando impulso al Paese.

Più nel dettaglio, il Fascicolo sanitario elettronico dovrà permettere anche la cooperazione applicativa con i diversi sistemi informatici in uso sul territorio e in ospedale, in modo da far sì che i professionisti possano interfacciarsi in modo adeguato nei diversi setting professionali nei quali operano.

Fondamentale, per **Fnomceo**, la questione della tutela dei dati personali, affermata anche dal Codice deontologico e tanto più rilevante in un contesto di digitalizzazione e di circolazione dei dati anche al livello internazionale.

“Risulta importante l'attenzione alla sicurezza dei dati – ha avvisato Monaco – in considerazione del rischio di attacchi informatici che, in considerazione della grande concentrazione di dati, sarebbero straordinariamente pericolosi”.

“Ribadiamo la necessità che il trattamento di dati personali – ha aggiunto riferendosi specificamente al Fascicolo sanitario elettronico – perseguendo esclusivamente fini di prevenzione, diagnosi e cura dell'interessato, deve essere posto in essere esclusivamente da parte di soggetti operanti in ambito sanitario, con esclusione di periti, compagnie di assicurazione, datori di lavoro, associazioni o organizzazioni scientifiche e organismi amministrativi anche operanti in ambito sanitario”.

Sarebbe inoltre auspicabile la realizzazione di un'Anagrafe Nazionale Digitale dei vaccini e di un'analogia Anagrafe Digitale sulle donazioni di sangue e plasma da inserire nel contesto dell'ecosistema dati sanitari e

un maggior uso dei registri di patologia. L'Italia, infatti, è stato il primo Paese ad introdurre registri di monitoraggio dei farmaci, rappresentando quindi una best practice a livello europeo.

Necessario infine promuovere campagne di informazione per i cittadini e di formazione per i medici e gli operatori sanitari sulla raccolta dei dati, in particolare quelli riferiti dai pazienti. La formazione non dovrebbe solo essere focalizzata sulle tecniche della digitalizzazione ma anche sulle procedure appropriate per garantire qualità, sicurezza ed eticità del trattamento dei dati. Il consenso dei cittadini dovrebbe invece essere legato alla consapevolezza di poter favorire, con i propri dati, un beneficio per la collettività.

“A proposito – ha dettagliato Monaco – dei dati forniti direttamente dal paziente, la cui importanza è condivisibilmente sottolineata nella risoluzione che vede come primo firmatario l'On.

Simona Loizzo, va valutata l'opportunità che debba essere specificata l'esigenza di connotare e distinguere in modo chiaro i dati obiettivamente e certificabili, dai dati rilevati in modo soggettivo o provenienti da metodiche di rilevazione non note o certificate”.

“In conclusione – ha terminato – in considerazione della rilevanza della materia oggetto di esame, la FNOMCeO ribadisce la disponibilità al confronto al fine di riconoscere il ruolo e il contributo dei professionisti medici all'interno di un percorso assistenziale innovativo basato sulla digitalizzazione dei dati sanitari e finalizzato al raggiungimento degli obiettivi posti dal PNRR per un'implementazione della sanità digitale in termini di innovazione e sviluppo”.

FILIPPO ANELLI

Scudo Penale

Anelli (Fnomceo): “Bene scudo penale, ascoltato il grido di dolore dei medici. Ora riforma responsabilità medica”

“I medici chiedono di poter lavorare in serenità senza la preoccupazione di dover rispondere ogni volta davanti a un giudice. Per questo lo scudo penale tanto atteso dai medici rappresenta per noi un provvedimento che ci aiuta ad esercitare serenamente la professione”.

Così, in un video, il Presidente della **Fnomceo**, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e

degli Odontoiatri, Filippo **Anelli**, dopo il raggiungimento dell'intesa politica sull'emendamento al Milleproroghe che estende lo “scudo penale” per i medici. L'emendamento, nella nuova versione riformulata, è stato depositato questa mattina e dovrebbe essere votato nelle prossime ore dalle Commissioni riunite Affari Costituzionali e Bilancio della Camera.

“Con questo provvedimento – continua Anelli – il diritto dei cittadini non è compromesso perché le cause civili e i conseguenti risarcimenti sono sempre possibili, mentre attualmente le cause penali si concludono al 90%

con una assoluzione per i professionisti sanitari”.

*“Ringrazio il Governo, il Parlamento e il Ministro Schillaci – conclude – per aver ascoltato il grido di dolore dei medici. Bene, dunque, questa proposta dello scudo penale. Tuttavia, aspettiamo e chiediamo una riforma più ampia che, sulla base del lavoro che sta portando avanti la Commissione istituita dal Ministro **Nordio**, presieduta da Adelchi **d'Ippolito** e composta e composta da professionisti di alto profilo, porti una revisione della normativa sulla responsabilità medica”.*

Specialisti esterni, rinviato al 30 giugno il versamento del 4%

L'Enpam ha rinviato al 30 giugno il termine per versare il nuovo contributo del 4 per cento a carico degli specialisti che esercitano in strutture private accreditate con il Servizio sanitario nazionale.

Resta invece fissato al 31 marzo il consueto termine per il pagamento del contributo del 2 per cento che invece è a carico delle strutture sanitarie. Queste strutture da quest'anno avrebbero dovuto riversare anche i contributi a carico dei medici ma il Tar

del Lazio per il momento ha sospeso quest'obbligo. Le società contestano il ruolo di "sostituto" per conto dell'Enpam, cioè di dover trattenere i contributi dai compensi dei medici per poi riversarli all'ente previdenziale.

Il Tar, con l'ordinanza cautelare n. 58 del 2024, ha comunque confermato l'obbligo per i medici specialisti esterni e ha scritto esplicitamente che l'Enpam potrebbe liberamente disporre che "il versamento del contributo avvenga direttamente da parte dei sin-

goli professionisti entro la data del 31 marzo 2024".

Tuttavia, il Consiglio di amministrazione dell'ente di previdenza dei medici e degli odontoiatri ha deciso di rinviare comunque la scadenza a giugno per non penalizzare i professionisti. Nel frattempo l'Enpam, come già annunciato, sta studiando misure per alleggerire il peso sui medici e sui dentisti di questo nuovo contributo del 4 per cento. Il rinvio concede più tempo per giungere a una possibile modifica.

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

Tetto ai contributi previdenziali ENPAM per gli Specialisti Esterni

Il Consiglio di amministrazione dell'Enpam ha risolto la questione degli Specialisti esterni mettendo un tetto ai loro contributi previdenziali. Il provvedimento, che per diventare operativo ha bisogno del via libera dei ministeri vigilanti, riguarda i medici e gli odontoiatri che esercitano in strutture convenzionate con il Servizio sanitario nazionale.

Questi professionisti beneficiano da tempo di un contributo previdenziale del 2% calcolato sul fatturato del proprio committente. Da quest'anno gli stessi sanitari devono aggiungere un ulteriore contributo del 4%, sempre calcolato sul fatturato delle strutture committenti, ma a carico dei singoli professionisti.

Tuttavia, in alcune situazioni particolari oppure nel caso di medici sottopagati, è emerso il problema che il 4% calcolato su quanto la struttura fattura al SSN possa rappresentare un importo troppo elevato rispetto al compenso che la struttura stessa riconosce al medico.

Il Cda dell'ente di previdenza ha quindi deciso che il singolo professionista potrà chiedere di limitare il pagamento di questo 4% in modo che l'importo non superi un decimo del compenso ricevuto dalla struttura (oppure un ventesimo del compenso nel caso di pensionati).

"Posto che il problema dei compensi troppo bassi ai medici va risolto alzandoli – dice il presidente dell'En-

pam Alberto Olivetti –, nel frattempo abbiamo ritenuto doveroso che l'Ente di previdenza tutelasse i colleghi con una clausola di salvaguardia".

L'introduzione del contributo del 4% si è resa necessaria per ristabilire l'equilibrio previdenziale della gestione degli Specialisti esterni, come richiesto dai ministeri vigilanti e dalla Corte dei conti. Nel caso dei medici in attività, questa contribuzione aggiuntiva farà maturare una pensione futura più alta. In modo analogo, nel caso di medici che svolgono attività specialistica esterna dopo il pensionamento, questi contributi danno diritto a un supplemento di pensione che l'Enpam liquiderà periodicamente in automatico, cioè senza bisogno di richiesta.

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.

Pensioni più alte per i medici che decidono di restare al lavoro

Nell'attesa di misure strutturali che risolvano il problema della carenza di medici, l'Enpam interviene con un provvedimento tampone per incentivare i camici bianchi vicini alla pensione a restare al lavoro più a lungo. Per effetto di due delibere dell'ente di previdenza entrate in vigore il 1° marzo 2024, i medici e gli odontoiatri convenzionati e liberi professionisti che decideranno di andare in pensione dopo i 68 anni matureranno una pensione significativamente più alta.

"Siamo di fronte a un problema generato da anni di errata programmazione, che ha fatto entrare nel mondo del lavoro molti meno nuovi medici rispetto a quelli che sono andati e stanno andando in pensione. Il nostro ora è un provvedimento contingente, nell'attesa che diventino operative misure strutturali studiate dal

governo per il ricambio professionale - spiega il presidente dell'Enpam Alberto Olivetti -. Del resto in un'Italia che invecchia e che avrà sempre più bisogno di sanità e salute, prevenzione e qualità professionale, non possiamo rischiare che i cittadini rimangano senza medici."

I NUOVI INCENTIVI

Un sistema di incentivazione per chi restava al lavoro esisteva già: i contributi Enpam versati dopo il sessantottesimo anno valevano il 20 per cento in più. Per i periodi lavorati dopo il 1° marzo 2024 questo vantaggio sarà moltiplicato. Per i liberi professionisti che pagano la contribuzione piena l'aliquota di rendimento salirà dall'1,25 al 3,25 per cento. Per i convenzionati, che pagano contributi più alti dei normali liberi professionisti, le aliquote di rendimento passeranno

dall'1,40 al 3,40 per cento, nel caso dei medici di famiglia, e dal 2,1 al 4,1 per cento nel caso degli specialisti ambulatoriali. I liberi professionisti potranno beneficiare di quest'incentivo fino all'età massima di 75 anni, mentre i convenzionati fino a 72 anni.

ESEMPI

Va precisato che l'impatto del nuovo sistema di incentivi cambia da persona a persona in base alla media retributiva avuta nel corso della vita professionale. Tuttavia, è possibile analizzare dei casi teorici: un libero professionista, che ha avuto sempre un'imponibile previdenziale equivalente a 50mila euro, lavorando un solo anno in più maturerà una pensione più alta di 1.625 euro annui. Allo stesso modo, se un ipotetico medico di famiglia che ha sempre avuto ricavi per 100mila euro deciderà di lavorare un anno in più, avrà una pensione più alta di 3.400 euro all'anno (cioè 283 euro al mese).

Un incentivo che si spera convincerà un buon numero di medici a non chiudere il proprio studio professionale per il tempo necessario affinché altrettanti giovani medici possano completare la propria formazione, garantendo così il ricambio generazionale che serve per la tenuta del Servizio sanitario nazionale.

ECM GRATUITO SULLA SALUTE DIGITALE

Da oggi venerdì 19 maggio 2023 tutti i medici e i dentisti, accedendo alla piattaforma **Tech2Doc** dell'Enpam, potranno seguire un corso Ecm gratuito sulla salute digitale. Il corso garantirà ai partecipanti il rilascio di 5 crediti formativi e sarà il primo di una serie di 4 appuntamenti che potranno essere seguiti anche indipendentemente uno dall'altro. "La sanità digitale non è di là da venire, ma è già tra noi e di fronte alla sfida delle continue innovazioni tecnologiche dobbiamo ripensare la nostra professione - ha commentato il presidente dell'Enpam **Alberto Olivetti** -. Bisogna quindi fare in modo che l'intelligenza artificiale e tutti i nuovi strumenti digitali non arrivino a minacciare il lavoro di medici e odontoiatri, ma diventino un amplificatore delle loro competenze".

Tutti e quattro i corsi proposti attraverso il portale Tech2Doc.it avranno al centro lo sviluppo della sanità digitale e potranno contare su Healthcare Group in qualità di partner scientifico e su Metis quale provider Ecm. Gli appuntamenti su Tech2Doc, tutti gratuiti, saranno organizzati in quattro distinti corsi di formazione a distanza (Fad), in ognuno dei quali verrà approfondito un aspetto diverso. Il primo corso, già disponibile, presenterà un focus sui cambiamenti che stanno avvenendo nel percorso di cura. Il secondo modulo, che verrà rilasciato a giugno, riguarderà invece lo sviluppo e la validazione degli strumenti di digitalizzazione sanitaria. Il terzo Fad, che sarà disponibile sul sito Tech2Doc da luglio, sarà dedicata alla regolamentazione e ai modelli di accesso. Infine, per agosto, è fissato il rilascio dell'ultimo corso che presenterà un approfondimento sulle applicazioni specifiche della salute digitale.

Pensioni Enpam: adeguamento all'inflazione

La rivalutazione delle pensioni Enpam ci sarà, 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 2024, 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 accreditata fino al limite di 4 volte il trattamento minimo Inps (che significa circa 2.272 euro lordi al mese) e al 50 per cento dell'indice l'eventuale parte della pensione mensile che supera questo limite. L'indice di inflazione Istat che farà da base per calcolare gli aumenti di quest'anno è pari al 5,4 per cento. Il 75 per cento di questo indice corrisponde a un +4,05%, mentre il 50 per cento equivale a +2,7%.

La rivalutazione, una volta ricevuto il parere favorevole dei ministeri, decorrerà dal 1° gennaio 2024. Il pagamento, solitamente, arriva in primavera insieme agli arretrati dei mesi precedenti.

Il sistema di adeguamento delle pensioni dell'Enpam è poi diverso da quello dell'Inps, che anche quest'anno prevede una minore rivalutazione rispetto ai criteri in vigore in passato. L'Enpam infatti calcola le rivalutazioni per scaglioni. Ad esempio, se consideriamo una pensione di 3.000 euro lordi mensili, la parte fino a 2.272 euro viene aumentata del 4,05% (cioè il 75 per cento dell'inflazione) e la parte eccedente del 2,7% (cioè il 50 per cento dell'inflazione). In quest'esempio, quindi l'aumento sull'importo totale è del 3,72%. Alle pensioni erogate dall'Inps, invece, la rivalutazione attualmente viene applicata sull'intero importo della pensione.

La rivalutazione va da un massimo del 100 per cento dell'inflazione (5,4%), ma solo per gli assegni al di sotto di quattro volte il minimo Inps (cioè circa 2.272 euro). Mano a mano che aumenta l'importo pensionistico, la percentuale di rivalutazione cala: 85 per cento fino a cinque volte il minimo Inps, 53 per cento fino a sei volte, 47 per cento fino a otto volte, 37 per cento fino a dieci volte, per arrivare a un minimo del 22 per cento dell'inflazione (cioè meno dell'1,2% di aumento) per chi supera i 5.679,41 euro di pensione lorda. Tornando all'esempio di un pensionato (ad esempio un ex dirigente medico) che percepisce 3mila euro lordi di pensione dall'Inps, la rivalutazione sarebbe del 2,86%.

Va ricordato che tutti i provvedimenti assunti dai vari Governi succedutisi e dal Parlamento hanno determinato, per i pensionati Inps, soprattutto riduzioni strutturali permanenti e crescenti. In considerazione che anche le possibili indicizzazioni future saranno applicate ad importi di pensione ovviamente più ridotti. L'effetto, infatti, si cumula nel tempo a maggior ragione quando i tagli sono ripetuti. Condizione questa che la stessa Consulta aveva ripetutamente ammonito dal non continuare a fare, per non privare le pensioni, d'importo più elevato, della tutela.

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.

Come tagliare le tasse e mettere il turbo alla tua pensione

Investire sulla rendita pensionistica e sulla tutela della propria salute (e dei propri familiari) permette ai medici e dentisti che pagano l'Irpef di ridurre le tasse. Infatti i versamenti per riscatti, previdenza complementare e sanità integrativa, per le somme pagate entro il 31 dicembre di ogni anno, potranno essere dichiarati all'Agenzia delle Entrate per diminuire l'imponibile fiscale dell'anno in cui sono stati versati.

COME VERSARE SUBITO E PAGARE MENO TASSE

Il riscatto è uno strumento che consente di far valere ai fini della pensione i periodi in cui non si sono versati i contributi. Ad esempio, il corso di laurea oppure i periodi precontributivi. Bisogna subito dire che chi ha già un piano di riscatto in corso deve pagare le rate non più con i bollettini Mav, ma con il sistema PagoPA. Invece rimane la possibilità di versare tramite bonifico bancario sia per quanti hanno

un riscatto in corso e vogliono fare versamenti aggiuntivi sia per chi non ha ancora un riscatto in corso e vuole versare un acconto. Infatti, per chi non ha fatto domanda di riscatto, ma vorrebbe beneficiare delle deducibilità per abbattere l'imponibile del 2023, c'è ancora la possibilità di versare degli acconti. Per poterlo fare è necessario presentare domanda di riscatto online dalla propria area riservata del sito Enpam: l'acconto si può poi versare subito, anche prima di ricevere la proposta da parte degli uffici. In questo modo si possono portare da subito in deduzione le somme investite e quindi ridurre la base di reddito sulla quale verranno calcolate le tasse.

C'È ANCHE L'ALLINEAMENTO

Un'altra possibilità è quella dell'allineamento, un riscatto che consente di portare i contributi già pagati al livello di una contribuzione più alta versata nei periodi in cui si è lavorato di più

e quindi il reddito è stato maggiore. In questo modo si può ottenere un incremento sostanziale dell'importo della pensione (ma non dell'anzianità contributiva) e dedurre le somme investite.

PREVIDENZA COMPLEMENTARE

Un'ulteriore possibilità per ridurre il proprio imponibile fiscale è data dall'adesione a una forma di previdenza complementare. Gli iscritti che vogliono costruirsi una pensione integrativa possono ad esempio scegliere di aderire a FondoSanità, il fondo chiuso riservato alle categorie in camicia e ai loro familiari. Tutte le somme versate entro la fine dell'anno al proprio fondo di previdenza complementare sono infatti deducibili fino a un tetto di 5.164,57 euro. E lo sono, entro tale massimo, anche i versamenti per i familiari fiscalmente a carico. Inoltre, per i medici fino a 35 anni l'iscrizione a FondoSanità è gratuita.

SANITÀ INTEGRATIVA

Altra strada per ridurre la base imponibile è quella della sanità integrativa. Infatti, lo "scudo" sanitario dedicato a medici e odontoiatri protegge anche il reddito. Chi sceglie uno o più piani sanitari di SaluteMia, per sé o per i propri familiari (anche non conviventi), può beneficiare di una detrazione annuale del 19 per cento dei costi, fino a un tetto di circa 1.300 euro.

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.

Quei 400 euro di tasse che paghi in più ogni anno

Immaginate di pagare il conto al ristorante prima e dopo la stessa cena. Di fatto è quello che succede con la doppia tassazione cui sono sottoposti ogni anno i patrimoni dei professionisti gestiti dalle Casse di previdenza private. Un meccanismo che, in rapporto agli iscritti attivi, pesa per oltre 400 euro su ogni medico e dentista in Italia.

Il dato emerge dall'ultimo rapporto annuale dell'Adepp che ha calcolato in 640 milioni di euro le imposte sui rendimenti del patrimonio delle casse di previdenza dei professionisti. Una gabella che diventa una "doppia tassazione" se si considera che si somma ai circa 2 miliardi di euro tra Irpef, addizionali comunali e addizionali regionali che gli enti versano all'erario sulle pensioni che erogano. Tutti importi che gravano su pensionati e beneficiari delle azioni di welfare.

Dividendo gli oltre 640 milioni di imposte per gli 1,611 milioni di iscritti attivi di tutte le categorie, si scopre che la doppia tassazione si riflette per 397,41 euro per ogni professionista. Un dato coerente con quello dell'Enpam, che nel 2022 ha pagato 147 milioni di euro a titolo di "doppia tassazione" a fronte di poco meno di 366mila medici e odontoiatri attivi.

"Per la prima volta – ha commentato il presidente di Adepp ed Enpam, Alberto Oliveti, in occasione della presentazione del rapporto annuale sulla previdenza privata – abbiamo calcolato l'impatto delle tasse che arrivano allo Stato, alle regioni e ai comuni grazie alla gestione caratteristica delle Casse dei professionisti: ben 2 miliardi di euro all'anno arrivano dalle pensioni, che si sommano ai 640 milioni di euro di doppia tassazione, cioè le imposte che gli enti di previdenza pagano sui rendimenti degli

investimenti. Questi oltre 600 milioni all'anno rappresentano un di più rispetto agli standard degli altri Paesi europei, dove è invece chiaro che se investi il patrimonio per pagare delle pensioni che saranno tassate, quel patrimonio non deve essere a sua volta decurtato".

INVESTIMENTI SEMPRE PIÙ ETICI

Il XIII rapporto Adepp fotografa anche il quadro degli investimenti delle casse private e privatizzate.

Le variazioni assolute negli investimenti sono particolarmente significative. Gli investimenti nei fondi mobiliari sono passati da 8,3 miliardi di euro nel 2013 a circa 30,2 miliardi di euro alla fine del 2022, rappresentando una quasi quadruplicazione nel periodo. Il valore degli immobili direttamente posseduti, dall'importo di 11,5 miliardi di euro nel 2013, si è ridotto a circa 2,7 miliardi di euro attuali. La componente azionaria, invece, si è quasi raddoppiata, passando da 4,1 miliardi di euro a 7,8 miliardi di euro.

Analizzando gli investimenti delle Casse, distinguendo tra quelli effettuati in Italia e quelli all'estero si rileva che la quota destinata all'Italia ammonta al 36 per cento. Tuttavia, è importante notare che se si aggiungono altre voci, come liquidità, polizze assicurative e 'altre attività', tutte detenute in Italia anche se non investite, il patrimonio complessivo delle Casse nel nostro Paese raggiunge circa il 52 per cento del totale.

Questa significativa percentuale riflette un forte sbilanciamento verso investimenti nazionali, se consideriamo il peso dell'economia italiana nel contesto internazionale. Con una rappresentazione di circa il 2,5 per cento dell'economia mondiale, l'Italia contribuisce per circa l'11 per cento

all'economia complessiva dell'Unione europea e il 13 per cento a quella della Zona Euro.

Adottando una prospettiva orientata verso una maggiore sostenibilità finanziaria nel lungo periodo, le Casse dimostrano un crescente interesse per le quote di partecipazione in imprese che adottano parametri Esg. L'acronimo sta per environment (ambiente), society (società) e governance (il governo dell'impresa) e distingue gli investimenti che tengono in considerazione parametri di sostenibilità e responsabilità etica. A conferma di ciò, al 31 dicembre 2022, le Casse avevano destinato circa 23,4 miliardi di euro agli investimenti Esg. Una quota che rappresenta circa il 27 per cento del totale degli investimenti.

PATRIMONI, SETTE ANNI DI CRESCITA

Nel corso degli ultimi sette anni, il patrimonio delle Casse di previdenza ha manifestato una crescita costante, transitando da circa 65,6 miliardi di euro nel 2013 a circa 104 miliardi di euro alla fine del 2022. Tale progresso complessivo ha rappresentato un aumento di quasi il 60 per cento nel periodo considerato. Nonostante un rallentamento nell'ultimo anno considerato, la crescita media annua si è attestata intorno al 5,3 per cento.

Questo andamento positivo va interpretato alla luce di due fattori interconnessi. Da un lato, i contributi globali incassati hanno superato le uscite relative alle prestazioni erogate, determinando un saldo positivo complessivo di circa 25 miliardi nel periodo analizzato.

Dall'altro lato, i rendimenti ottenuti sugli attivi hanno contribuito alla crescita del patrimonio.

ANTIOCO FOIS

Pensione più ricca per chi resta al lavoro

L'Enpam ha proposto un nuovo sistema di incentivi per i medici che decidono di andare in pensione dopo i 68 anni. La riforma è ancora al vaglio dei ministeri vigilanti e potrà entrare in vigore dopo il loro eventuale parere favorevole.

L'introduzione di un sistema di incentivi più vantaggioso rispetto a quello attuale è coerente con l'aumento da 70 a 72 del limite d'età per rimanere in servizio che è stato temporaneamente introdotto in alcuni casi per il personale in convenzione con il Ssn, e che il legislatore potrebbe in futuro confermare strutturalmente.

Per i liberi professionisti che versano la Quota B, invece, la modifica in esame potrebbe essere riconosciuta fino a 75 anni. In questo caso infatti si è tenuto conto della tendenza dei professionisti a continuare a esercitare la professione di fatto senza limiti di età.

Rimandare il pensionamento a dopo i 68 anni in cambio di un aumento dell'assegno. Un sistema che può convenire a tutti: i cittadini non rimarrebbero senza medici. I medici avrebbero un incremento importante sulla pensione. L'Enpam spenderebbe di più per riconoscere queste pensioni più alte, ma la maggiore spesa futura sarebbe compensata dalle pensioni non pagate nel frattempo.

GLI INCENTIVI ATTUALI

Il sistema attuale prevede un incremento del 20 per cento dell'aliquota di rendimento dei contributi per chi decide di ritardare il pensionamento.

La maggiorazione scatta dopo il 68esimo anno per tutte le gestioni in cui la pensione viene calcolata con il metodo Civi, il contributivo indiretto a valorizzazione immediata (cioè le gestioni della medicina generale, de-

gli specialisti ambulatoriali e dei liberi professionisti in Quota B). L'incremento viene riconosciuto annualmente, per cui vale anche per chi sceglie di andare in pensione a 69 anni.

Prendiamo per esempio la gestione della medicina generale: l'aliquota di rendimento dei contributi versati è l'1,40%. Con l'incremento ad oggi in vigore, i contributi versati dopo i 68 anni valgono il 20 per cento in più e cioè l'1,68 per cento. Per la gestione della libera professione Quota B, l'aliquota di rendimento per chi versa la contribuzione piena (19,50 per cento) sale da 1,25 a 1,5 per cento.

COME AUMENTERANNO

Secondo il nuovo sistema, le aliquote di rendimento dei contributi verrebbero incrementate di due punti percentuali rispetto al rendimento normalmente previsto per ogni anno di lavoro, fino a 72 anni per i medici che lavorano in convenzione con il Ssn e fino a 75 anni per i liberi professionisti che versano alla Quota B.

Con la maggiorazione, dunque, le aliquote passerebbero per la medicina in convenzione dall'1,40 al 3,40 per cento, mentre per la libera professione con contribuzione piena (19,50 per cento) dall'1,25 al 3,25 per cento.

Tradotto in soldoni, questo significherebbe che se un medico di famiglia che ha sempre avuto ricavi per 100mila euro lavorasse un solo anno in più, avrebbe una pensione più alta di 3.400 euro all'anno (cioè 283 euro al mese).

Così come un libero professionista, che ha avuto sempre un'imponibile previdenziale equivalente a 50 mila euro, avrebbe un incremento di 1.625 euro. Un aumento in proporzione più alto rispetto al collega convenzionato,

tenendo conto del fatto che i contributi previdenziali dei liberi professionisti sono inferiori.

Va specificato che l'impatto cambia da persona a persona in base alla propria media retributiva (si veda il riquadro per capire il calcolo).

COME SI CALCOLA LA PENSIONE ENPAM

Per cominciare si deve fare la media di tutte le retribuzioni avute nell'arco della vita professionale, rivalutate. Il valore medio va poi moltiplicato per la somma delle aliquote di rendimento in vigore anno per anno (cioè per una percentuale totale). Si ottiene così l'importo della pensione annua finale, che corrisponde quindi a una percentuale della propria base retributiva. Questo meccanismo riguarda le gestioni che hanno il contributivo indiretto a valorizzazione immediata (medicina generale, Quota B, specialisti ambulatoriali dal 2012).

I ministeri hanno chiesto alla Fondazione ulteriori dati sulla sostenibilità della manovra ma non hanno fatto rilievi sul meccanismo di calcolo della maggiorazione. La Fondazione auspica quindi che la riserva sulle modifiche venga sciolta al più presto.

LAURA MONTORSELLI



Ricordo del dottor GIUSEPPE COSTA

Ciao Pino, sono Lucio Cordioli.
Sono qui a salutarti
Alberto, tuo figlio, mi ha detto: "Lucio io non ce la faccio. Avrei piacere che lo facessi tu".
Son qui a rappresentare il Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Verona Carlo Rugiu e tutto il Consiglio dell'Ordine.
Attorno a te si stringono idealmente i settemila medici veronesi. Vedi che c'è il nostro labaro, la nostra bandiera.
Te ne sei andato, in punta di piedi, in una domenica di sole, lasciandoci tutti sgomenti.
Dice il canto: "Ricordati Signore che l'uomo è come l'erba, come il fiore del campo".
E la tua vita è stata un fiore.
Un fiore per la tua famiglia, per i tuoi figli Antonio, Alberto e Laura, per i tuoi nipoti, per i tuoi famigliari.
Un fiore per la tua amata moglie Annamaria.
Quando parlavi di Lei si percepiva quanto fosse importante per Te.
Lei riusciva ad "assorbire" gli impeti del tuo carattere.
Tu Pino, ragazzo di Calabria, hai piantato a Verona l'albero della tua vita, professionale e familiare.
Hai studiato molto: Ortopedia, Fisiatria, Medicina dello Sport, le tue specializzazioni che hai messo al servizio del malato giorno dopo giorno.
Il Sabato e la Domenica in giro per gli stadi d'Italia con il tuo Verona, quello del Commendator Garonzi Presidente, quello del Verona dello Scudetto, quello di tanti campioni.
Lunedì sala operatoria a Borgo Trento.
Quelle ossa che altri rompevano o si rompevano
Tu aggiustavi "con una pazienza certosina".
Sono parole di un Tuo collaboratore che è qui presente.
E poi hai donato il Tuo tempo il Tuo impegno all'Ordine dei Medici: un punto di riferimento, una voce autorevole in Consiglio.
Forte il tuo orgoglio di sentirsi Medico, forte la tua volontà di difendere i valori della Professione Medica, quella con la "p" maiuscola.
Non hai mai mollato.
Hai voluto portare a Verona, l'altranno, il Congresso Nazionale della Federazione Nazionale Pensionati e Vedove.
E mi dicesti, proprio in quell'occasione, che quello era il tuo testamento spirituale.
L'Amicizia, per Te, era un valore assoluto ma non andava mai tradita.

Caro Pino ora sei al di là del vetro ma continui ad esistere in noi tutti perché hai lasciato un segno indelebile nelle nostre vite.
So che non ti piacevano i panegirici e immagino che tu mi stia dicendo bonariamente: "hai finito?".
Sei stato un uomo di fede e ti voglio lasciare con le parole poetiche del nostro collega Bepi Sartori scritte nel linguaggio del popolo veronese.
Le tue mani hanno salvato migliaia di persone e quindi pensiamo che tu ti possa rivolgere al Giudice Supremo e chiedergli, prima di parlare, di guardarti le mani.



GUÀRDAME LE MANE

Quando sarò rivà denansi a Ti
par metar tuto su la To balansa
lassa star el libro
de tuto quel che ò fato o che no ò fato
de quel che ò dito.
Par na olta Signor sèra el to libro
e guàrdame le mane.

Te le conossi ben Ti le me mane:
quando Te strangossavi na caressa
quando le T'è sugà el sudor
lavà le brose,
i era lore che T'è serado i oci
che T'è tirado zo dal To Calvario.

Lassa star el To libro par staolta.
Prima de verzar boca
guàrdame le mane.

Ciao Pino, amico vero.

LUCIO CORDIOLI

Parole pronunciate durante l'ultimo saluto funebre.

