

# VERONA MEDICA

**Trimestrale di informazione medica**

In questo numero:

- La salute nelle carceri italiane: un problema  
che riguarda tutta la società civile ..... pag. 4**
- La salute a Montorio Veronese:  
la parola a chi lavora in carcere ..... pag. 8**
- Farmacia dei Servizi ..... pag. 26**
- Piergiorgio Nicodemo ed i contributi  
all'origine della laparoscopia ..... pag. 31**

## VERONA MEDICA

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

Anno LIX n. 3 SETTEMBRE 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](http://www.omceovr.it)

#### Direttore Responsabile

Roberto Mora

#### Comitato di Redazione

Francesco Bovolin, Roberto Mora,  
Franco Del Zotti, Marco Caminati, Giulio Rigon

#### Consiglio Direttivo

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

#### Consiglieri

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

#### Revisori dei Conti

Vania Teresa Braga, Pasquale Cirillo

#### Revisore dei Conti Supplente

Marco Barbetta

#### Commissione Odontoiatri

Elena Boscagin, Francesco Bovolin, Umberto Luciano,  
Roberto Pace, Franco Zattoni

#### Fotocomposizione e Videoimpaginazione

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

#### Foto di Copertina

Siringhe  
Rif. articolo pag. 35

## 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** *La salute nelle carceri italiane: un problema che riguarda tutta la società civile*

## APPROFONDIMENTO

- 8** *La salute a Montorio Veronese: la parola a chi lavora in carcere*

## NOTIZIE DALL'ORDINE

- 11** *Verbali del Consiglio e delle Commissioni*

## ALBO ODONTOIATRI

- 13** *Verbali della Commissione Odontoiatri*

## CONVEGNI E CONGRESSI

- 14** *XXXIV Corso Superiore di Geriatria*

## AGGIORNAMENTO

- 15** *Regione Veneto - Malattie trasmesse da vettori*  
**19** *Spicilegio dermatologico di un'estate torrida*

## PROFESSIONE E LEGGE

- 24** *Novità in ambito di regime forfettario*

## ATTUALITÀ

- 26** *Farmacia dei Servizi*  
**28** *Giuseppe Dalle Ore. Nel centenario della nascita*

## STORIA DELLA MEDICINA

- 31** *I padri veronesi della medicina. Rassegna storico-etica Piergiorgio Nicodemo I CONTRIBUTI SCIENTIFICI ALL'ORIGINE DELLA LAPAROSCOPIA E LA DIMENSIONE UMANA DI UNA VITA DEDICATA ALLA CHIRURGIA*  
**35** *Storia della SIRINGA*

## ENPAM

- 37** *Quota B, 300 borse di studio per i figli*  
**38** *Delegare un fiduciario: lo hanno già fatto 1.700 medici e odontoiatri*  
**38** *Scegli online quanto investire (o quanto ricevere)*  
**40** *ENPAM : rinvio scadenza dichiarazione dei redditi libero-professionali (modello D) ai fini previdenziali*  
**42** *Prestiti d'onore: fino a 120mila euro per gli iscritti under 35*  
**42** *Tassi in calo per i mutui Enpam 2024*

**ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VR**  
**NUOVO ORARIO DI APERTURA**  
**DELLA SEGRETERIA DELL'ORDINE**  
**(dal 10 GIUGNO 2024)**

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

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

# La salute nelle carceri italiane: un problema che riguarda tutta la società civile

“Non dimentichiamoci dei detenuti”, raccomandava l'editoriale di Lancet Global Health del 1° febbraio 2022, riprendendo l'appello del premio Nobel Desmond Mpilo Tutu e ricordando come il numero dei detenuti, pari a 11 milioni in tutto il mondo, sia in continuo aumento, con un tasso di detenuti ogni 100.000 persone molto variabile a seconda del Paese: l'Italia conta 91 detenuti ogni 100.000 abitanti.

## Lo stato di salute dei carcerati.

Lo stato di salute dei carcerati non è paragonabile a quello della popolazione generale, per le loro peculiarità epidemiologiche e per la situazione nella quale essi si trovano a convivere, in spazi limitati e a stretto contatto con molte altre persone. Le difficili condizioni del carcere influiscono sfavorevolmente non solo su questa popolazione, già in partenza vulnerabile, ma anche su tutto il personale che al suo interno si trova ad operare.

**Patologia infettiva.** Nella popolazione mondiale carceraria, la prevalenza di HIV è del 3.8%, di epatite C del 15%, quella da epatite B del 4.8%. Al recente congresso della SIMSPE (Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria), tenutosi a Napoli il 20 e 21 novembre 2023, è stato riportato come in Italia “l’HCV sia stato eliminato in diversi penitenziari, mentre gli screening per l’HIV hanno consentito di avviare i relativi trattamenti”; oggi in carcere la prevalenza di HIV è pari all’1%, e quasi tutti i pazienti sono in terapia.

Tuttavia – ha sottolineato il prof. Sergio Babudieri, direttore scientifico della SIMSPE – “non bisogna abbassare la guardia, perché negli ultimi anni abbiamo osservato una ripresa delle

infezioni da HIV, a causa delle precarie condizioni igienico-sanitarie nelle quali si trova la popolazione migrante una volta giunta sul territorio italiano”. Teoricamente, la detenzione potrebbe essere il momento adatto per eseguire screening e trattamenti per persone che accedono con notevoli difficoltà ai servizi di cura e assistenza, se l’organizzazione sanitaria carceraria e la disponibilità di mezzi e di risorse umane lo consentissero.

L’incidenza di tubercolosi (tbc) attiva in carcere è pari al 2.8%: in Europa, in particolare, l’incidenza di tbc in carcere è 17 volte più alta rispetto alla popolazione generale. Secondo l’OMS, i detenuti sono più esposti alla tbc a causa di fattori esogeni, che causano sovrainfezione e progressione della malattia, come la scarsa ventilazione, il sovraffollamento, la malnutrizione, i trasferimenti frequenti dei carcerati, i comportamenti sessuali a rischio e l’accesso limitato alle cure.

In carcere, anche altre patologie infettive (scabbia...) o sessualmente trasmissibili (gonorrea, clamidia, sifilide) sono particolarmente frequenti.

**Salute mentale.** A livello mondiale circa il 40% dei detenuti soffre di almeno una malattia mentale. In Italia, secondo il XX rapporto Antigone, il 21% dei detenuti assume stabilizzanti dell’umore, antipsicotici o antidepressivi, e oltre il 40% sedativi o ipnotici; il 12% delle persone detenute ha una diagnosi psichiatrica grave, quindi, quasi 6.000 persone.

La patologia psichica può costituire una causa di differimento della pena quando abbia una gravità tale da provocare un’infermità fisica che non è possibile trattare in carcere.

Chi è affetto da depressione non può scontare la pena in carcere neanche se ha commesso reati molto gravi: a questo proposito, la Suprema Corte di Cassazione, con sentenza n.9432 del 05.03.2024, ha riconosciuto la depressione come una patologia che impedisce di vivere dignitosamente (...omissis); la sentenza specifica che la depressione nel caso specifico deve essere grave da mettere in pericolo la vita del detenuto, e deve esigere un trattamento sanitario non attuabile in regime di carcerazione...”.

**Suicidi.** Il rischio di suicidio è 23 volte maggiore nei detenuti rispetto alla popolazione in libertà (XIX Rapporto Antigone, 2023).

Nelle carceri italiane nel 2022 è stato toccato il numero più alto di suicidi (84), sceso a 71 nel 2023: quest’anno, alla fine di luglio 2024, sono già 60 i detenuti che si sono tolti la vita, il che fa prevedere che a fine anno il numero di suicidi sarà ancora più elevato.

Il maggior numero di suicidi nei mesi a cavallo fra il 2023 e il 2024 si sono verificati a Roma Regina Coeli, Terni, Torino e Verona. La maggior parte dei detenuti (quasi il 60%) si tolgono la vita nei primi sei mesi di detenzione: addirittura 21 nei primi tre mesi, 16 nei primi dieci giorni e 10 entro le prime 24 ore dall’arrivo in carcere.

A questi, vanno aggiunti 4 suicidi fra gli agenti di Polizia Penitenziaria, i tentati suicidi, gli atti di autolesionismo (che si osservano con una frequenza doppia nelle donne rispetto agli uomini), i decessi per mancanza di cure, tutte situazioni che esprimono un disagio ed un malessere profondo e, potenzialmente, una inadeguatezza dell’assistenza sanitaria.

Scrive la presidente dell'Istituto Luca Coscioni: "Un suicidio non è mai un evento privato: è un evento sociale di cui tutti dovremmo sentire il peso...", ancor di più - aggiungo io - quando si verifica in ventenni, o in detenuti che in precedenza avevano messo in atto almeno un tentativo di suicidio (uno su tre). "La descrizione (della situazione carceraria, ndr) è straziante - ha scritto il presidente della Repubblica, Sergio Mattarella rispondendo alla lettera ricevuta dai detenuti bresciani del carcere di Canton Mombello poche settimane fa - si tratta di condizioni angosciose agli occhi di chiunque abbia sensibilità e coscienza, indecorose per un Paese civile."

È evidente che bisognerà cercare di intercettare i segnali di allarme, soprattutto in quei luoghi - come gli istituti penitenziari - che dovrebbero essere dedicati alla rieducazione di una persona. Il principale fattore responsabile del malessere e del disagio diffuso nelle carceri italiane è il sovraffollamento: a fronte di 51.207 posti disponibili, sono attualmente detenute 61.133 persone, quasi 1.000 in più, secondo i dati del Ministero della Giustizia aggiornati al 31.07.24.

Il XX Rapporto Antigone ha analizzato il sovraffollamento: esso è mediamente pari al 130% nelle carceri, ma arriva al 178% negli Istituti per minori. Le situazioni peggiori vengono descritte a Roma Regina Coeli (182%), Verona (173%) e Taranto (162%). "Per comprendere la gravità della situazione, si pensi ad un'aula scolastica o ad una corsia di ospedale, nella quale gli studenti o le persone malate siano quasi il doppio di quelli che le strutture sono in grado di ospitare", spiega Patrizio Gonnella di Antigone.

Un carcere sovraffollato è un carcere dove si vive male, dove non sono garantiti gli spazi: infatti, in un terzo degli istituti penitenziari, i detenuti non dispongono nemmeno dei tre metri quadrati disposti per legge. Inoltre, i detenuti aumentano di numero al ritmo di 331 al mese, e se il tasso di crescita si confermasse in futuro, a fine anno sarebbero più di 65.000: le cause di tale aumento esulano da questo editoriale, e per esse si rimanda al XX rapporto Antigone.

Il sovraffollamento si accompagna ad una carenza di quasi 6.500 agenti di Polizia Penitenziaria (ne sarebbero previsti 42.850, mentre ne sono in servizio 36.410), che operano in strutture fatiscenti con carenze organizzative di vario genere. A monte, vi è una carenza di almeno 1000 magistrati e di amministrativi che condiziona fortemente lo smaltimento dell'enorme mole di lavoro che investe la Magistratura di Sorveglianza.

È facile comprendere come il sovraffollamento delle carceri e la carenza del personale di sorveglianza creino una miscela pericolosa ed esplosiva, che costituisce il terreno ideale per un aumento della conflittualità e degli episodi di violenza, che spesso sfociano in vere e proprie rivolte. L'aumento del numero degli istituti penitenziari, da molti invocata - senza qui voler prendere in considerazione valutazioni di carattere economico - deve tenere conto che la costruzione di un carcere per 400 persone richiede tra gli 8 e i 10 anni, e necessiterebbe, poi, di 300 agenti. Al momento, l'unico carcere in fase di realizzazione è quello di Pordenone.

**Uso di stupefacenti.** Fra i detenuti, sono comuni le dipendenze da oppioidi e da antidolorifici. Antonio Maria Pagano, presidente della SIMSPE ha sottolineato, sempre a Napoli nel novembre scorso, come l'utilizzo di stupefacenti dopo il Covid sia ulteriormente aumentato, essendo ormai diffuso in oltre il 60% dei detenuti.

**Problemi odontoiatrici.** Questa patologia, spesso sottovalutata, condiziona notevolmente lo stato di salute dei detenuti: molti di loro, tossicodipendenti e/o consumatori abituali di psicofarmaci, hanno una soglia per il dolore più elevata, con conseguente insensibilità al dolore e disinteresse per le cure odontoiatriche.

Il bruxismo ha nella popolazione carceraria una incidenza più che doppia (70%) rispetto alla popolazione generale (30%), anch'esso segno della tensione emotiva di questi soggetti.

Le cure odontoiatriche all'interno del carcere dovrebbero, quindi, essere potenziate con professionisti esperti,



Il Presidente OM CeO Carlo Rugiu

strutture e strumentazioni adeguate, flessibilità nell'offerta di cure e di riabilitazione protesica per una popolazione che non potrà permettersi cure odontoiatriche una volta rientrata nella società civile, avendo un reddito inferiore alla soglia di povertà nel 90% dei casi.

**Altre patologie.** Le condizioni di vita in carcere peggiorano l'andamento di patologie croniche, quali diabete mellito, malattie cardiovascolari, pneumopatie croniche e neoplasie, come conseguenza di diete non adeguate, eccesso di sodio, inattività fisica e tabagismo: purtroppo, la frammentazione del sistema e le carenze organizzative impediscono di raccogliere dati precisi che sarebbero di fondamentale aiuto per prevenire, identificare e trattare le malattie dei detenuti, come raccomandato dall'OMS.

**Reclusione e minorenni.** Il XX report Antigone descrive un aumento del 30% dei minorenni in carcere fra la fine del 2022 (381 unità) e febbraio 2024 (533), particolarmente significativo se rapportato a un arco temporale limitato, "effetto anche del decreto Caivano e dei reati che ha introdotto." Più della metà sono stranieri, soprattutto nord africani, molti non accompagnati, che "incontrano" il carcere per la mancanza di strutture di accoglienza. Nelle carceri ordinarie ci sono 19 donne - su un totale di 2392 detenute, pari al 4.2% del totale della popolazione carceraria - che vivono con 24 bambini: questi bambini identificano la cella come la loro casa e possono uscire dal carcere solo una volta alla settimana.

Quando entrerà in vigore il Ddl Sicurezza, il numero di bambini in carcere tornerà a crescere, nonostante esi-

stano già le leggi che consentirebbero alle detenute madri di scontare tutta la loro pena in case famiglia protette.

### **La salute nelle carceri: legislazione.**

L'articolo 32 della Costituzione tutela e garantisce la salute quale diritto inviolabile della persona anche nelle persone che si trovano in condizione di privazione della libertà.

Il servizio sanitario all'interno degli istituti penitenziari è previsto dalle Regole Minime dell'O.N.U. per il trattamento dei detenuti (artt.22-26 del 30.08.1955) e ribadite il 19.01.1973 dal Consiglio d'Europa.

La legislazione italiana relativa all'assistenza sanitaria dei detenuti detta principi e criteri organizzativi per l'adeguamento del sistema alle esigenze della popolazione detenuta e auspica l'integrazione tra il Servizio Sanitario Penitenziario (SSP) ed il SSN, in modo che l'istituzione penitenziaria possa rispondere a qualsiasi esigenza anche avvalendosi del SSN.

L'articolo 11 della legge sull'Ordinamento penitenziario (L.354/1975) stabilisce che ogni istituto sia dotato di servizio medico e servizio farmaceutico rispondenti ad esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati e che disponga di almeno uno specialista in psichiatria.

Sempre l'articolo 11 prevede che, qualora sia indicato, è consentito il trasferimento del paziente-detenuto in ospedale o altro luogo esterno di cura per effettuare e/o proseguire gli interventi diagnostici terapeutici." (Dal sito del Ministero della Giustizia, al quale si rimanda per ulteriori informazioni).

La riforma del 2008 ha trasferito le responsabilità del Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Regionale, assimilando le cure del cittadino detenuto a quelle del cittadino "libero", con l'ideale (teorico per il momento) di promuovere un'uguaglianza del trattamento sanitario fra le due popolazioni. Purtroppo, a distanza di 15 anni da questa riforma, le condizioni di salute delle persone reclusi non sono migliorate per vari motivi sotto riportati.

Il Servizio Sanitario Regionale garantisce alle persone detenute nelle carceri del Veneto (nove in totale: uno per ogni capoluogo di provincia, due a Padova e due a Venezia, più l'Istituto Penale per minorenni di Treviso) i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria (LEA) che includono l'assistenza medica specialistica, l'assistenza farmaceutica, l'intervento sulle tossicodipendenze, la vigilanza sull'igiene pubblica e la prevenzione.

Si tratta di funzioni trasferite nel 2008 dall'amministrazione Penitenziaria del Ministero di Giustizia alle Regioni, che la esercitano mediante le AULSS competenti nei territori nei quali si trovano gli istituti penitenziari. (Dal sito della Regione Veneto, al quale si rimanda per ulteriori informazioni).

**La tutela della salute nelle carceri italiane.** Caterina Fazion ha scritto per Fondazione Veronesi un interessante editoriale dal titolo "Nelle carceri italiane è garantito il diritto alla salute?".

L'autrice parte dalla constatazione che la grave carenza di personale sanitario di formazione specifica, le difficoltà operative per il personale infermieristico e la mancanza di coordinamento fra le regioni, "portano a conflitti tra le amministrazioni della giustizia e della sanità, che parlano spesso linguaggi diversi" come sottolineato da Michele Miravalle (Il Punto, 2024).

Tutti questi fattori condizionano significativamente l'assistenza sanitaria all'interno delle carceri, mettendo a rischio la salute dei detenuti. L'effetto dirompente della pandemia sul SSN e sulla medicina territoriale ha coinvolto anche la sanità penitenziaria: ad essi si sono aggiunti i problemi conseguenti alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, i cui pazienti sarebbero dovuti confluire nelle REMS (Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza); nella realtà, molti detenuti, in attesa di un posto in una REMS o di altra sistemazione residenziale sono tuttora in carcere.

Molti paesi europei prevedono una figura di garanzia dei diritti delle persone private della libertà. In Italia un per-

corso avviato fin dal 1997 ha portato all'istituzione del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale alla fine del 2013, ma la nomina del Collegio e la costituzione dell'Ufficio sono avvenuti solo nei primi mesi del 2016.

Il garante dei detenuti di Torino, Monica Cristina Gallo, pochi mesi fa ha scritto per il Punto, bollettino dell'OMCeO di Torino, un contributo dal titolo "Garantire il diritto alla salute in carcere: un dovere etico e giuridico", del quale riporto alcune sue amare "riflessioni relative alla precaria praticabilità del diritto alla cura da parte delle persone detenute presso la Casa Circondariale di Torino." Ella identifica nella difficoltà a costruire positive interlocuzioni con le strutture apicali che sovrintendono alla dimensione sanitaria del carcere di Torino uno dei fattori che "non hanno certo giovato in questi anni di suicidi reiterati e di bisogni di cura frequentemente inevasi". La Gallo, inoltre, lamenta "l'incommensurabile diversità che caratterizza la presa in carico (della persona malata, ndr) all'interno del contesto detentivo rispetto a quanto offerto ai cittadini liberi, rispetto ai quali i tempi di attesa per le viste specialistiche sono incompatibili con una qualsivoglia pretesa di prevenzione, diagnosi e cura."

Al termine del suo articolo, Maria Cristina Gallo si domanda se siamo convinti che sia "solo" la carenza di risorse la causa principale delle criticità del servizio sanitario così come è svolto in carcere, ricordando ai medici che, con il giuramento di Ippocrate, si sono impegnati a "curare ogni paziente con scrupolo e impegno, senza discriminazione alcuna, promuovendo l'eliminazione di ogni forma di disuguaglianza nella tutela della salute".

È intuibile che l'adozione di politiche fortemente securitarie che aumentino il numero dei detenuti, potrà comportare un ulteriore peggioramento della situazione dal punto di vista sanitario. Anche in questo ambito, come in altri settori del SSN, già oggi c'è una gravissima carenza di personale sanitario disposto a lavorare in modo continuativo in carcere: anche qui,

dovranno essere posti in essere strumenti amministrativi, aziendali, di riconoscimento economico che possano rendere la professione in carcere più attraente.

Tuttavia, solo quando la carenza di medici nel servizio territoriale “esterno” sarà risolta, o quantomeno mitigata, potremo aspettarci un miglioramento della situazione anche negli istituti penitenziari.

Ma, alla risoluzione della carenza di medici dovrà accompagnarsi una rivisitazione del ruolo dell’operatore sanitario del sistema penitenziario, non più considerato come la Cenerentola del sistema sanitario territoriale, ma come quella branca della medicina territoriale chiamata a svolgere una missione eticamente elevata, finalizzata a garantire, oltre alle diagnosi e alle cure, anche i diritti delle persone che vivono “dentro”.

È un problema che riguarda tutta la società civile: sarebbe sbagliato, oltre che riduttivo, considerarlo un problema esclusivamente di politica sanitaria, in quanto si riferisce alle condizioni di vita di migliaia di cittadini che, dopo la fase di espiazione della pena e la auspicata riabilitazione, dovrebbero rientrare a far parte della società civile.

CARLO RUGIU  
PRESIDENTE OMCEO VERONA

### **Bibliografia di riferimento**

- <https://www.saluteinternazionale.info/2022/05/la-salute-in-carcere/>
- “Withholding liberty, not the right to health” – The Lancet Global Health, Volume 10, Issue 2, e154, February 2022
- Dolan, Kate et al. “Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees” – The Lancet, Volume 388, Issue 10049, 1089 – 1102
- [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30466-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30466-4/fulltext), 2016
- WHO, “Focus Area on Tuberculosis” <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/focus-areas/tuberculosis>, 2007
- Aisyah, Dewi Nur et al. “Hepatitis C virus infection in vulnerable populations: a seroprevalence study of homeless, people who inject drugs and prisoners in London, UK” - The Lancet, Volume 390, S18, November 2017
- Gureje, Oye et al. “Severe mental disorders among prisoners in low-income and middle-income countries: reaching the difficult to reach” The Lancet Global Health, Volume 7, Issue 4, e392 – e393
- [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30057-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30057-9/fulltext)
- [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)
- “Salute in carcere”. [Quotidianosanità.it](http://Quotidianosanità.it), 20.11.2023
- “La piaga infinita dei suicidi in carcere”, Maria Antonietta Farina Coscioni, La Stampa, 14.07.2024.
- <https://www.rapportoantigone.it>
- <https://www.diritto.it/report-carcere-2024->
- <https://www.ansa.it/sito/notizie/politica/2024/07/24/mattarella->
- <https://www.giustizia.it/giustizia/it>
- <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/sanita-penitenziaria>
- <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/da-non-perdere/nelle-carceri-italiane-e-garantito-il-diritto-alla-salute>
- Il Punto, la rivista dell’OMCeO di Torino: “La tutela della salute nelle nostre carceri. Punti di vista a confronto per un cambio di rotta.” Il Pensiero Scientifico Editore, 02/2024.
- <https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/pages/it/homepage/>

# La salute a Montorio Veronese: la parola a chi lavora in carcere

Siamo rimasti impressionati dalla situazione carceraria italiana (vedi editoriale su questo numero), e abbiamo cercato di conoscere da vicino la realtà veronese per capire se le criticità descritte a livello nazionale siano presenti anche nella Casa Circondariale di Montorio Veronese: per questo, abbiamo interpellato don Carlo Vinco, garante dei detenuti di Montorio, il dott. Carlo Poggi, direttore della UOC "Salute in carcere, Casa Circondariale di Montorio" facente parte del distretto 1 della AULSS 9, "Verona città", e il dott. Giuseppe Imperadore, direttore del dipartimento di Psichiatria della AULSS 9 e medico psichiatra a Montorio.

La Casa Circondariale di Verona venne inaugurata il 1° aprile 1995: prima di allora, i detenuti erano ristretti presso il "Campone", ex caserma austriaca in via del Fante. *La casa circondariale* è il carcere in cui sono detenuti principalmente gli imputati o gli indagati in attesa di giudizio, ma ospita anche i condannati in via definitiva, nelle cosiddette "sezioni penali".

A Montorio, a fronte di 335 posti regolamentari, sono ospitati circa 600 detenuti (550 di sesso maschile e 50 di sesso femminile), tutti maggiorenni: di questi, 400 stanno scontando la pena definitiva in alcune sezioni della casa circondariale considerate "per definitivi". Già da queste cifre risulta evidente che anche a Montorio vi è una condizione di grave sovraffollamento.

Da don Carlo Vinco, garante dei detenuti (GD) a Montorio, ci siamo fatti spiegare il significato di questo termine. "Il GD fu istituito nel 2003 dal sindaco di Roma Walter Veltroni alla ricerca di una figura che potesse tenere i rapporti fra "l'interno" e "l'esterno". Successivi passaggi legislativi istituirono il garante nazionale e il

garante regionale, e, in seguito, i vari GD territoriali, presenti in tutte le città dove ci sia un carcere. Il GD svolge la sua attività, non retribuita, dopo avere ricevuto la nomina dal Sindaco o dal Consiglio Comunale. Don Vinco fu nominato dal sindaco Sboarina nel 2021, e confermato dal sindaco Tommasi nel 2022. I compiti teorici del GD possono essere così sintetizzati: avere un'attenzione alla garanzia dei diritti fondamentali, alla vita, alla salute, alla scuola e alla riabilitazione del detenuto. Dal punto di vista pratico, il GD gode di grande libertà d'azione, potendo avere uno sguardo generale sulle criticità e sulla situazione generale del carcere. L'impegno del GD "è legato a come egli decide di interpretare il suo ruolo". Don Vinco visita il carcere di Montorio 4-5 volte alla settimana, dove si reca per tenere i contatti coi magistrati di sorveglianza, coi legali dei detenuti, spesso con le loro famiglie e, ovviamente, con le varie componenti che prestano servizio in carcere.

"Anche Montorio - prosegue don Vinco - presenta un grave sovraffollamento come quasi tutte le carceri italiane, al quale si aggiungono diffusi problemi di tossicodipendenza (e relative patologie correlate) e una spiccata fragilità psicologica dei detenuti, non sempre legata ad una vera e propria patologia psichiatrica; questa fragilità è comune a molti stranieri disadattati, che "fuori" riescono a gestirsi con un loro equilibrio, che perdono una volta che entrano in carcere: queste condizioni sono aggravate dall'impossibilità a svolgere un'attività lavorativa. Non è sempre stato così, precisa don Vinco: in passato a Montorio c'erano diverse associazioni di volontariato e cooperative che offrivano più possibilità di lavoro ai detenuti. Per circa 15 anni una cooperativa riuscì a coinvolgere in attività lavorative inter-

ne anche 100 detenuti (quindi, circa un quarto di quelli previsti); purtroppo, la pandemia ha messo in crisi il volontariato, che si è ridotto notevolmente, e l'attività della cooperativa suddetta è stata chiusa per un insieme di motivi. Attualmente, sono impegnati solo una trentina di detenuti (su 600!): una ventina sono occupati in un laboratorio tessile (cooperativa Quid), quattro nel laboratorio di falegnameria (cooperativa Reverse) e 7-8 detenuti gestiscono il forno ed il laboratorio marmellate per la cooperativa Panta Rei. Altri detenuti sono impegnati in attività scolastiche e corsi di formazione, che costituiscono un'ottima risorsa per la gestione del detenuto."

Ovviamente ci interessa sapere il parere del GD sulla situazione dell'organizzazione sanitaria all'interno del carcere (per la quale, comunque, ci rimanda a parlare con i dottori Poggi e Imperadore): egli ci confida che "in passato ci sono stati momenti di grande difficoltà, legati alla assoluta carenza di personale medico (che rifletteva la carenza all'esterno), ma da circa due anni la situazione si è modificata in senso positivo."

Ma, quali sono le peculiarità di Montorio, dal punto di vista sanitario secondo don Vinco? In particolare, egli ci tiene a sottolineare come "negli ultimi mesi ci sia stata una maggiore attenzione agli aspetti psichiatrici del detenuto; infatti, a seguito dei noti eventi suicidari occorsi a cavallo fra il 2023 e i primi mesi del 2024, è stato elaborato un "Piano Locale per la Prevenzione del Rischio Suicidario", redatto con la preziosa collaborazione del dott. Imperadore."

C'è però un aspetto che sta molto a cuore a don Vinco, rappresentato dalla grave carenza dell'assistenza odontoiatrica e odontotecnica; in

particolare, “quest’ultima è stata interrotta circa un anno fa e non è più stata ripresa, con grave danno per i pazienti detenuti.” Don Vinco auspica che in futuro l’attività dell’ambulatorio odontoiatrico venga implementata “per permettere di andare incontro alle necessità dei detenuti.”

Il dott. Carlo Poggi, in servizio presso la Casa Circondariale (CC) di Montorio dal 2010, responsabile della struttura dal 2020, è stato nominato direttore della UOC “Salute in carcere, Casa Circondariale di Montorio” il 1° gennaio 2024. Egli ci spiega che la pianta organica della UOC che dirige prevede la presenza anche di un dirigente medico, secondo quanto previsto dalla normativa regionale (DGR 1669/2021) - attualmente questa posizione è scoperta - e delle seguenti figure professionali: un coordinatore infermieristico, 16 infermieri, un operatore sanitario e 4 psicologhe cliniche. Sono inoltre in servizio 8 medici di continuità assistenziale (CA) a turno, assegnati esclusivamente alla CC: uno di essi svolge il turno di guardia notturno (o festivo) dalle 20 alle 8, e un altro il turno diurno dalle 8 alle 20.

Dal lunedì al venerdì un medico di CA al mattino ed un altro al pomeriggio esegue le visite ordinarie nelle sezioni, quando richieste dai detenuti. Il dott. Poggi sottolinea che la UOC “Salute in carcere” garantisce attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, atte ad assicurare, anche per i cittadini detenuti, i servizi previsti dai LEA. Particolarmente significativa è l’attività di prevenzione, che si traduce in screening per patologia infettiva/venerea e assunzione di stupefacenti per tutti i “nuovi giunti”.

A questi il medico di guardia somministra il questionario PSS-3 (vedi oltre); inoltre, i nuovi giunti quanto prima effettuano il colloquio con la psicologa. Una volta alla settimana si svolge una riunione di staff multidisciplinare - alla quale partecipano i medici, la psicologa, le psicologhe del Ministero di Giustizia, i funzionari giuridico-pedagogici del Ministero di Giustizia e il personale di Polizia Penitenziaria - avente come oggetto la valutazione collegiale dei nuovi giunti.

Siamo curiosi di sapere come si svolge l’attività all’interno dell’infermeria e lo chiediamo al dott. Poggi, il quale chiarisce che non esistono letti di degenza per detenuti e che il termine *Infermeria* non ha alcun connotato sanitario. Infatti, col termine *Infermeria*, contrariamente a quanto si potrebbe pensare, ci si riferisce ad una sezione detentiva normale (circa 16 celle), che si differenzia dalle altre sezioni in quanto attigua alla stanza del medico di guardia. Nell’infermeria, sono solitamente degenti pazienti con disturbi comportamentali, con patologie croniche (cardiopatici, diabetici...) che richiedano un’osservazione più da vicino per un certo periodo di tempo, oppure pazienti recentemente dimessi da un reparto di cura ospedaliero che necessitano di un monitoraggio più accurato prima di tornare nelle rispettive sezioni.

Oltre al dott. Poggi e ai medici di CA, viene svolta un’attività ambulatoriale da parte di alcuni specialisti ambulatoriali esterni che si recano a Montorio per attività di consulenza: l’odontoiatra, l’oculista, il dermatologo, la ginecologa e l’infettivologa.

La diagnostica radiologica viene svolta da personale della UOC di Radiologia dell’ospedale di san Bonifacio: due volte al mese viene un tecnico di radiologia con un apparecchio radiologico portatile per svolgere esami radiologici ed una volta al mese viene un radiologo con un ecografo portatile, sempre per svolgere esami diagnostici in elezione; qualora si rendesse necessario eseguire esami urgenti, il detenuto viene inviato al Pronto Soccorso.

Per avere un’idea del volume di attività svolto, il dott. Poggi ci elenca le prestazioni svolte *nei primi sei mesi del 2024*: sono stati accolti oltre 300 “nuovi giunti” (ai quali sono stati eseguiti test di screening per malattie infettive, drug test e Mantoux), sono state svolte 5.000 visite dai medici di guardia ed oltre 500 da parte degli specialisti esterni. Gli esami radiologici e le ecografie eseguiti in sede sono stati, rispettivamente, 80 e 78. 71 detenuti sono stati inviati “in urgenza” al Pronto Soccorso; 213 visite e/o

accertamenti strumentali sono stati eseguiti presso la AOUI di Verona.

Alle attività sopradescritte se ne aggiunge un’altra, svolta da un’equipe del dipartimento Dipendenze della AULSS 9 (composta da un medico psichiatra, un assistente sociale e un educatore professionale) che si occupa della presa in carico dei detenuti tossicodipendenti e collabora con la UOC diretta dal dott. Poggi, occupandosi sia della certificazione della tossicodipendenza e, se necessario, della collocazione dei detenuti tossicodipendenti presso le strutture territoriali del caso, elaborando programmi terapeutici riabilitativi.

Al termine del colloquio, siamo colpiti dalla mole di lavoro e di attività varie, di carattere sanitario, svolte presso la casa circondariale di Montorio e ci pare impossibile che una UOC con un’attività così variegata e complessa sia sorretta da anni da un medico solo. Il dott. Poggi, che ha affrontato la pandemia da Covid 19 essendo l’unico medico della CC, con la collaborazione della coordinatrice infermieristica, è sereno e soddisfatto della sua attività professionale; tuttavia, comprensibilmente, si augura che in futuro egli possa essere affiancato dal dirigente medico previsto dalle linee di indirizzo regionali di organizzazione degli standard per le attività assistenziali all’interno degli istituti penitenziari (Regione Veneto, DGR 1669/20121).

Il dott. Giuseppe Imperadore è il direttore del dipartimento di Psichiatria della AULSS 9 e svolge attività come medico psichiatra a Montorio dall’aprile di quest’anno. Quando lo incontriamo, egli fa una premessa importante: ci spiega che la Regione definisce il numero di ore per ciascuna figura professionale nell’ambito della Sanità Penitenziaria. Rispetto a questa normativa, Montorio che ospita l’“Osservazione Psichiatrica” dovrebbe avere una figura di psichiatra a tempo pieno. Avere l’Osservazione Psichiatrica a Montorio significa che detenuti presenti in altre carceri che sviluppano un disagio dovuto a sospetto di patologia psichiatrica, vengono inviati in osservazione a Montorio: il compito di questa osservazione è restituire se

il detenuto abbia, o meno, una patologia psichiatrica. “L'Osservazione Psichiatrica” richiede un'area fisica apposita, con 5 posti letto, e prevede che il medico psichiatra, oltre a valutare i detenuti nell'infermeria e nelle sezioni, dedichi del tempo a quelli ricoverati in osservazione per definire la diagnosi e impostare l'eventuale trattamento. Dunque, a Montorio sarebbe previsto uno psichiatra a tempo pieno, che era presente fino a Marzo 2024: in seguito, non è stato possibile ricoprire questo ruolo a causa della carenza di medici psichiatri.

Il dott. Imperadore in un primo tempo è stato coinvolto nella stesura di un protocollo per la prevenzione del rischio suicidario, che a Verona, come in altre carceri esisteva, ma non era aggiornato.

Il “Piano Locale per la Prevenzione del Rischio Suicidario” – steso in collaborazione con la Direzione Medica Ospedaliera, il Servizio Prevenzione e Protezione e l'UOC Professioni Sanitarie della AULSS 9 – è stato sottoscritto il 23 maggio 2024 fra la Direzione della Casa Circondariale di Verona e la Direzione Generale della AULSS 9: esso prevede la somministrazione di un questionario di screening mutuato dall'esperienza anglosassone, denominato “Patient Safety Screener (PSS-3)”, a tutti i nuovi giunti nel carcere di Montorio: il questionario, che consiste in tre semplici domande (più una associata al terzo quesito, da considerare solo in caso di risposta affermativa a quest'ultimo) è volto a rilevare la presenza di:

- Depressione;
- Ideazione suicidaria attiva;
- Prossimità temporale di un eventuale suicidio.

Se il paziente si rifiuta di rispondere, lo screening viene riproposto in un secondo momento.

Qualora il paziente si rifiutasse nuovamente di rispondere, verrà valutato come positivo.

Di fronte ad un test positivo – sotto-linea il dott. Imperadore – il Medico di Continuità Assistenziale in servizio all'interno della Casa Circondariale, in scienza e coscienza, può richiedere una consulenza psichiatrica urgen-



freepik.com - Fonte dell'immagine: 206847765 - Freepik

te inviando il detenuto in Ospedale, dove potrà essere disposto l'eventuale ricovero.

Per la persona positiva allo screening è prevista l'apertura del fascicolo di rischio suicidario (che si aggiunge al fascicolo sanitario classico), che diventerà oggetto di rivalutazione da parte di Psicologi Clinici e/o di Medici Psichiatri, che avranno il compito di confermare, o meno, la positività allo screening.

Inoltre, il PSS-3 viene nuovamente somministrato anche in corso di detenzione a soggetti *in precedenza risultati negativi*, per i quali sia giunta una segnalazione da parte del Personale Sanitario o dalla Polizia Penitenziaria.

Infine, a quei soggetti che dopo sei mesi sviluppano un gesto autolesivo o anticonservativo, viene applicato un questionario con un'altra scala che ha i compiti di fotografare le caratteristiche del gesto messo in atto e definire il rischio; a seguito del risultato del questionario, possono essere messi in atto interventi di attenzione di tipo sanitario-psichiatrico o da parte della Polizia Penitenziaria.

Il dott. Imperadore è consapevole che i protocolli adottati hanno comportato un aumento del carico di lavoro per il personale sanitario e non sanitario già sotto pressione per molteplici motivi, ma sottolinea l'importanza di effettua-

re uno screening tempestivo che tuteli la salute del detenuto e la professionalità degli operatori. Il suo bilancio, dopo alcune settimane di utilizzo sistematico del questionario, effettuato dopo adeguata formazione del personale sanitario e non sanitario, è di cauta soddisfazione: essa nasce dalla possibilità per il personale di poter utilizzare un metodo standardizzato, obiettivo, semplice, che non lasci più spazio alla discrezionalità individuale. Superata la necessità della creazione del Piano Locale per la Prevenzione del Rischio Suicidario, il dott. Giuseppe Imperadore è stato coinvolto nell'attività di assistenza presso la Casa Circondariale di Montorio, dove visita i detenuti sia in Infermeria che nelle Sezioni: questa attività viene svolta in tre mezze giornate che egli trascorre a Montorio, che vanno ad aggiungersi ai numerosi compiti clinici e dirigenziali in qualità di direttore del dipartimento di Psichiatria della AULSS 9.

Ringraziamo don Carlo Vinco, i dottori Poggi e Imperadore per averci dedicato parte del loro tempo, permettendoci di conoscere più da vicino la loro difficile attività: a loro va la vicinanza ed il sostegno della Comunità Medica Veronese, nella speranza che anche per la Sanità Penitenziaria Veronese possano venire tempi migliori.

CARLO RUGIU  
PRESIDENTE OMCEO VERONA

# Verbali del Consiglio e delle Commissioni

**VERBALE DELLA RIUNIONE  
DI CONSIGLIO DEL  
10 APRILE 2024**

**Convocazione ore 20.30  
Sala Consiglio**

**Presenti:** : C. Rugiu, C. Pastori,  
A. Tomezzoli, L. Cordioli, F. Orcalli,  
G. Accordini, G. Carrara, P. Cirillo,  
F. Facincani, A. Guglielmi, A. Elio,  
F. Bertaso, S. Bellamoli,  
U. Luciano, L. Formentini  
R. Maffioli

**Assenti:** A. Musso,  
E. Boscagin, F. Gobbi

**1) Lettura e approvazione del verbale relativo al precedente Consiglio del 21 Febbraio 2024**

Il verbale viene approvato all'unanimità.

**2) Comunicazioni del Presidente**

a) Il Presidente riassume al consiglio riguardo la sua partecipazione all'apertura dell'anno accademico che si è svolta il 22 marzo alle ore 10.00 presso l'aula magna del Polo Zanotto.

b) Incontro all'ordine con i rappresentanti delle associazioni sindacali dei medici e degli odontoiatri, L'incontro si è svolto in sala Fazzini il 25 marzo 2024 alle ore 20.30 ed è stato molto partecipato e proficuo. Il prossimo incontro si svolgerà nel mese di ottobre.

c) Incontro a Palazzo Barbieri con l'assessora La Paglia per la giornata della salute

d) Sono in corso contatti con l'Accademia Filarmonica e con la

Fondazione Arena di Verona per l'organizzazione del concerto sinfonico per chiusura mandato che il Presidente vorrebbe che si svolgesse nella prima metà di Ottobre con le medesime modalità del precedente

e) Il dott. Buonadonna chiede l'approvazione del consiglio per un incontro che si svolgerà in sala Fazzini il prossimo 15 maggio organizzato dal comitato di bioetica e rivolto principalmente ai Medici di Medicina Generale dal titolo "Prendersi cura di chi cura". Il consiglio approva all'unanimità.

f) Il Presidente riferisce inoltre che il dott. Facincani chiede l'emissione di un comunicato stampa per commentare la vicenda emersa sulla stampa di un Pronto Soccorso privato. Il consiglio decide all'unanimità di preparare un comunicato stampa che preveda al suo interno anche l'appoggio al recente appello dei 14 scienziati sul SSN.

g) Si è svolto il giorno 14 marzo presso la sala Fazzini alle ore 20.00 un incontro con l'associazione Petra in cui due rappresentanti di quest'ultima hanno illustrato la loro attività in collaborazione con il Comune di Verona contro la violenza di genere.

**3) Lettura e approvazione Bilancio Consuntivo 2023**

La tesoriera dott.ssa Caterina Pastori dà lettura del bilancio consuntivo 2023 e chiede l'approvazione del consiglio. Il bilancio viene approvato all'unanimità.

**4) Iscrizioni e cancellazioni**

**ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI**

**MEDICI CHIRURGHI**

**Prima Iscrizione:**

Dott.ssa BACIGA Michela  
Dott. BONA Marco  
Dott.ssa CASTELLANI Sofia  
Dott.ssa LEVINTE Elena  
Dott. LUSHA Ergys  
Dott. MARCHESINI Damiano  
Dott. ssa MARCOTTO Lisa  
Dott. MATTIOLI Giacomo  
Dott. ssa MENEGHELLO Maria

Dott.ssa MERCURI Jessica  
Dott. PIGOZZI Enrico  
Dott.ssa PJETRI Giulia  
Dott. POKEM SOKING Modeste  
Dott.ssa SIGNORETTO Anna  
Dott.ssa SPARMAJER Lucia  
Dott. STRAZZABOSCHI Tommaso  
Dott.ssa TOSI Emanuela

**Reiscrizione:**

Dott.ssa DEGANI Alessandra

**Iscrizione per trasferimento:**

Dott. BOERO Massimiliano da Omceo Milano  
Dott. CATTANEO Paolo da Omceo Bergamo  
Dott. CHIAPPINI Francesco Maria da Omceo Modena  
Dott.ssa FIORILLO Annamaria da Omceo Salerno  
Dott.ssa MACCARI Ilaria da Omceo Parma  
Dott. ROMEO Tomaso da Omceo Treviso  
Dott. SAVOLDI Filippo da Omceo Bergamo  
Dott.ssa SMALDONE Federica da Omceo Napoli  
Dott.ssa SPEZIA Laura da Omceo Treviso  
Dott.ssa STEFANINI Silvia da Omceo Siena  
Dott. TALAMO Andrea da Omceo Parma  
Dott.ssa ZAMBOTTI Benedetta da Omceo Vicenza

**Cancellazione per trasferimento:**

Dott.ssa CENTURIONI Marta Vs Omceo Milano  
Prof. CONCIA Ercole Vs Omceo Novara  
Dott. WEDMANN Fabian Max Vs Omceo Bolzano

**Cancellazioni per decesso:**

Dott. GAGNI Giuliano  
Dott. MARCHI Carlo  
Dott. MIGLIORANZI Renzo  
Dott. MODENA Nereo  
Dott. RODOZ Roberto

**Cancellazioni su richiesta:**

Dott. BARBIERI Enrico  
Dott.ssa GRIGOLINI Maria Chiara

**Cancellazioni per morosità e irreperibilità:**

Dott. MANFREDI Marzio

## ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

### ODONTOIATRI

#### Reiscrizione:

Dott.ssa ZAMBONI Eliana

#### Iscrizione per trasferimento:

Dott.ssa RAMOS JUAREZ

Ana Paulina da Omceo Napoli

Il Consiglio termina alle ore 21.30

IL SEGRETARIO (DOTT.SSA ANNA TOMEZZOLI)

IL PRESIDENTE (DOTT. CARLO RUGIU)

### **VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 22 MAGGIO 2024**

#### Convocazione ore 19.30

#### Sala Consiglio

**Presenti:** : C. Rugiu, A. Tomezzoli, C. Pastori, F. Facincani, A. Guglielmi, F. Orcalli, F. Bertaso, S. Bellamoli, A. Elio, L. Formentini, A.Musso, V. Braga, P. Cirillo R. Maffioli

**Assenti:** E. Boscagin, F. Gobbi, L. Cordioli, G. Accordini, G. Carrara, U. Luciano, M. Barbetta.

## 1) Iscrizioni e cancellazioni

Il Presidente elenca al Consiglio i nominativi degli iscritti e cancellati che vengono approvati all'unanimità

## ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

### MEDICI CHIRURGHI

#### Prima Iscrizione:

Dott.ssa BRESSANELLI Erica

Dott. GELAIN Federico

Dott.ssa NASO Carolina

Dott.ssa TAAMA Ismahan

#### Reiscrizione:

Dott. BECATTELLI Alberto

Dott.ssa NGANDIE NJONOU

Milly Estelle

Dott. VERZE' Augusto

#### Iscrizione per trasferimento:

Dott.ssa BERTO Maria Luisa

da Omceo Firenze

Dott.ssa BORTOLANI Arianna

da Omceo Mantova

Dott. DELGADO GUERRERO José

Leonardo da Omceo Rovigo

Dott.ssa FERRARIN Laura Chiara

da Omceo Milano

Dott. STANCARI Lorenzo

da Omceo Mantova

#### Cancellazione per trasferimento:

Dott. FURLANI Elia Vs Omceo

Brescia

Dott. SOMMAVILLA Michele  
Vs Omceo Trento

#### Cancellazioni per decesso:

Dott. CARLONE Nicola

Dott. MENCARELLI Roberto

Dott. SQUARANTI Luigi Francesco

#### Cancellazioni su richiesta:

Dott. ALI AHMAD Shwan

Dott.ssa CANGIALOSI Letizia

## ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

### ODONTOIATRI

#### Reiscrizione:

Dott.ssa ROBOTTI Mariapia

#### Iscrizione per trasferimento:

Dott. PALMIERI Alfredo

da Omceo Brescia

#### Cancellazioni per decesso:

Dott. MASSAGRANDE Corrado

## 2) Delibere amministrative

La dott.ssa Pastori pone al consiglio le delibere dei mesi di Ottobre – Novembre – Dicembre 2023, costi già descritti e portati in sede di Bilancio Consuntivo. Il consiglio approva. Il Consiglio termina alle ore 20.00

IL SEGRETARIO (DOTT.SSA ANNA TOMEZZOLI)

IL PRESIDENTE (DOTT. CARLO RUGIU)

## 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.

# Verbali della Commissione Odontoiatri

## VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 14 MAGGIO 2024

**Presenti:** dott.ri Boscagin, Bovolín, Luciano, Zattoni

**Assente giustificato:**

dott. Pace

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

### Comunicazioni del Presidente:

- il Presidente informa che è confermato l'incarico al dott. Nicolò Modena a far parte della Commissione d'esame del corso ASO della società AGORA'.
- Il Presidente da lettura della circolare n. 49 della FNOMCeO riguardante una sentenza della Corte di cassazione - Esercizio Abusivo della professione odontoiatrica. Nella sentenza si rilevano concetti già espressi in passato ma che possono essere comunque di importante lettura. Tale circolare verrà pubblicata sul sito dell'Ordine.
- Struttura XXXXXX Srl – il Presidente informa i presenti che l'autorizzazione all'esercizio di tale struttura, sita nel Comune di YZ - non contiene il nominativo del responsabile di branca, essendo il poliambulatorio sia medico che odontoiatrico. È stata inviata una richiesta di delucidazioni al Direttore Sanitario per conoscere tale nominativo.

### Relazioni istruttorie:

- Viene preso in esame un solo caso per il quale si decide di invitare a colloquio l'interessato onde approfondire lo svolgimento dei fatti.

## VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 16 LUGLIO 2024

**Presenti:** dott.ri Boscagin, Bovolín, Luciano, Zattoni

**Assente giustificato:**

dott. Pace

**Presenti uditori:** dott.ri Minniti, Modena

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

### Comunicazioni del Presidente:

- Struttura sanitaria XXX SRL: il Presidente informa i presenti che da un controllo sulla struttura sanitaria XXX è presente fra le branche specialistiche anche quella di Odontoiatria. La normativa prevede che dette strutture siano dotate sempre di uno specialista di branca. Il direttore sanitario, sollecitato da questo Ordine, ha provveduto a comunicare il nominativo del responsabile di branca che nel dettaglio risulta essere il dott. HH.
- Il Presidente informa i presenti che è pervenuta all'Ordine una segnalazione da parte del padre di una piccola paziente del dott. GG, che lamenta il fatto che siano state prestate delle cure alla figlia senza il consenso di entrambi i genitori, essendo loro separati. Segue uno scambio di corrispondenza fra il sanitario ed il padre che questa CAO ha letto attentamente. Essendo la corrispondenza inviata all'Ordine solo in copia conoscenza, questa CAO si riserva di attendere gli eventuali sviluppi della vicenda per valutare un eventuale intervento.
- Prende la parola il dott. Bovolín il quale propone la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Ordine di un articolo riguardante l'uso dell'amalgama. La CAO approva.

### Procedimenti disciplinari:

Lasciano la stanza gli uditori dott. Minniti e dott. Modena

Sono presi in esame 3 casi. Uno di essi comporterà l'invito a colloquio del Direttore Sanitario interessato, il secondo viene archiviato, il terzo ancora un invito a colloquio posticipato su richiesta

### Procedimenti disciplinari:

Un solo caso, precedentemente concluso, non essendo stato presentato ricorso in CCEPS, avrà corso come da regolamento.

## 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.*

# XXXIV Corso Superiore di Geriatria

Quest'anno il Corso Superiore di Geriatria, giunto alla sua XXXIV edizione propone nel suo percorso una sintesi estrema di contenuti vasti.

Si inizia con

**SEPSI** (27/9) per proseguire con

**VEDERE** (2/10),

**UDIRE** (23/10),

**LA PELLE PARLA** (20/11) .

Si è voluto coinvolgere colleghi che tanto si adoperano per mantenere l'autonomia nell'anziano.

Si prosegue con

**NON SUPERSTITI, MA PROTAGONISTI** (27/11)

perché questa è la realtà ed è sotto gli occhi di tutti. Non dimentichiamo che in Inghilterra è stato addirittura istituito il Ministero della Solitudine, che è chiaramente rivolto agli anziani.

Quindi ci sarà l'incontro

**APERTI AL DIALOGO** (4/12)

La Geriatria è una tipica scienza comunitaria.

C'è bisogno di tutti. Si deve lavorare *INSIEME*. Da ultimo vorremmo che gli anziani al limite fossero

**MENO PROTETTI, MA PIÙ ONORATI.** (11/12)

Serve un ambiente più favorevole agli anziani.

È probabile che ancora non ci siamo adeguati al fatto che la vita si è improvvisamente così allungata.

E meno male!

Non nascondiamoli, i Vecchi.

L'iscrizione è **SOLO ON LINE** accedendo al seg. link:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdF5n0AYGBwqY-1DjSITBsOBIZymIRT6N\\_8EjFg0t5TLNc7w/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdF5n0AYGBwqY-1DjSITBsOBIZymIRT6N_8EjFg0t5TLNc7w/viewform)

## 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

# Regione Veneto - Malattie trasmesse da vettori

Il presente Bollettino di Sorveglianza delle Arbovirosi e delle malattie trasmesse da vettori, riporta tutti i casi confermati/probabili di malattia nell'uomo da virus Chikungunya, Dengue, Zika, West-Nile, Usutu, Tick-Borne Encephalitis (TBE) e Toscana o infezione batterica "Malattia di Lyme" notificati sul territorio della Regione Veneto dal 01/01/2024.

Le presenti malattie sono oggetto di specifici programmi di sorveglianza integrata, regionali e nazionali.

Il dato è da considerarsi provvisorio e in continuo aggiornamento considerata la natura stessa della sorveglianza. Il modo migliore per evitare queste malattie è essere consa-

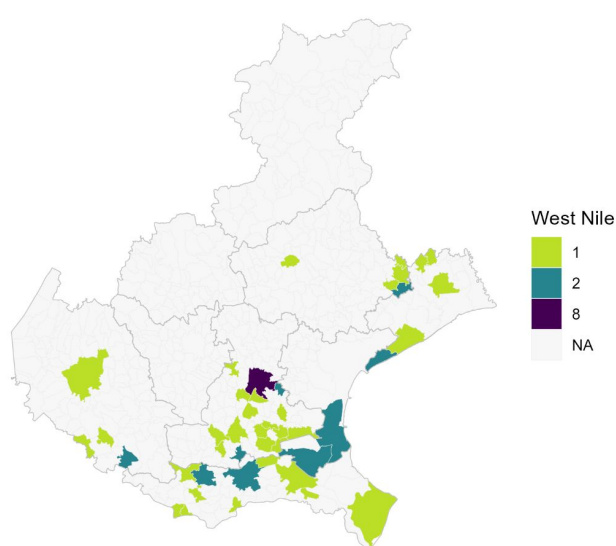


Fig. 1 - Distribuzione geografica dei casi confermati di West Nile (febbre West Nile (WNF) e forma Neuroinvasiva (WNND)) per area di esposizione

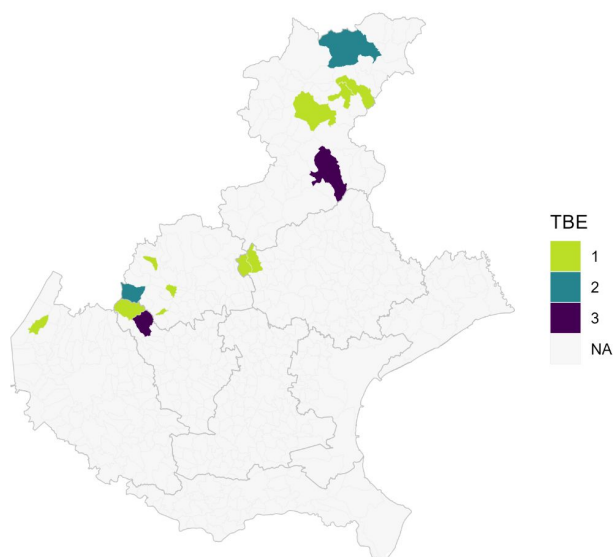


Fig. 2 - Distribuzione geografica dei casi confermati di infezione virale da zecche (Encefalite virale (TBE) e Infezioni) per area di esposizione

	CONFERMATE			PROBABILI			Totale
	Autoctona fuori regione	Autoctona	Importata	Autoctona fuori regione	Autoctona	Importata	
Febbre West Nile (WNF)	0	37	0	0	5	1	43
Malattia neuroinvasiva da West Nile Virus (WNND)	1	23	0	0	2	1	27
Donatore West Nile positivo	0	5	0	0	0	0	5
Dengue	0	0	62	0	0	2	64
Chikungunya	0	0	1	0	0	0	1
Infezione da Zika virus	0	0	1	0	0	1	2
Infezione da Usutu virus	0	0	0	0	0	0	0
Infezione da Toscana virus	1	6	0	0	1	0	8
Encefalite virale da zecca (TBE)	6	18	0	0	1	0	25
Infezione virale da zecca	0	2	0	0	4	0	6
Malattia di Lyme	0	10	0	0	0	0	10
Febbre Oropouche	0	0	2	0	0	0	2

Tab.2 - Distribuzione casi notificati per tipologia di infezione e origine del caso (confermati e probabili)

COS'È		TRASMISSIONE	SINTOMI
<b>DENGUE</b>	Arbovirosi causata da virus Dengue, endemici nella maggior parte dei paesi tropicali	Trasmesso all'uomo dalla puntura di zanzare infette del genere <i>Aedes</i> , che <b>pungono prevalentemente di giorno (massima attività all'alba e al tramonto)</b>	Esordio acuto, caratterizzato da febbre per 3-5 gg, cefalea intensa, mialgia, artralgia, dolori retro-orbitali, disturbi gastrointestinali e rash generalizzato. Nella forma emorragica, più rara, possono manifestarsi episodi emorragici minori (es. alla cute, gengive, perdita di sangue dal naso)
<b>CHIKUNGUNYA</b>	Arbovirosi causata da virus Chikungunya	Trasmessa all'uomo dalla puntura di zanzare infette del genere <i>Aedes</i> , che <b>pungono prevalentemente di giorno (massima attività all'alba e al tramonto)</b>	Improvvisa insorgenza di febbre elevata, importanti artralgie, mialgie, cefalea, nausea, vomito e rash cutaneo (al volto, tronco, radice degli arti). Raramente sono riportate forme meningo-encefalitiche. Quasi sempre si risolve spontaneamente entro un paio di settimane, raramente è fatale. Artrite e artralgie debilitanti possono durare mesi o anni
<b>INFEZIONE DA ZIKA VIRUS</b>	Arbovirosi causata da virus Zika	Trasmessa all'uomo dalla puntura di zanzare infette del genere <i>Aedes</i> . <b>Pungono prevalentemente di giorno (massima attività all'alba e al tramonto)</b>	In circa l'80% dei casi l'infezione è asintomatica. Nei restanti casi i sintomi più frequenti sono rappresentati da sindrome simil-influenzale con durata di circa 4-7 giorni, rash cutaneo, artralgia, mialgia, mal di testa e congiuntivite. <b>Se l'infezione avviene in gravidanza possono manifestarsi gravi complicanze nel nascituro</b>
<b>WEST NILE</b>	Arbovirosi causata dal virus West-Nile	Trasmesso all'uomo e agli animali, generalmente equini ed uccelli, dalla puntura di zanzare infette del genere <i>Culex</i> che <b>pungono prevalentemente dall'imbrunire (durante la notte e all'alba)</b>	Nella maggior parte dei casi l'infezione è asintomatica. In alcuni casi si manifesta con febbre improvvisa, cefalea, dolori muscolo-articolari, stanchezza, nausea, vomito, rash cutaneo ( <b>Febbre West Nile WNF</b> ). Meno dell'1% sviluppa una malattia neuroinvasiva, come meningite, encefalite o paralisi flaccida ( <b>Malattia neuroinvasiva da West Nile Virus, WNND</b> ). Il rischio di malattia neuroinvasiva è più elevato fra gli adulti di oltre 60 anni di età.
<b>INFEZIONE DA USUTU VIRUS</b>	Arbovirosi causata da virus Usutu	Trasmesso all'uomo dalla puntura di zanzare infette principalmente del genere <i>Culex</i> che <b>pungono prevalentemente dall'imbrunire (durante la notte e all'alba)</b>	Nella maggior parte dei casi si presenta in forma asintomatica o caratterizzata da una sintomatologia simil-influenzale di lieve entità, tuttavia possono verificarsi forme neuro-invasive: principalmente meningiti e meningo-encefaliti
<b>INFEZIONE DA TOSCANA VIRUS</b>	Arbovirosi causata dal virus Toscana (TOSV)	Trasmesso da flebotomi presenti sul territorio nazionale.	Nella maggior parte dei casi si presenta in forma asintomatica o caratterizzata da una sintomatologia simil-influenzale di lieve entità, febbre, cefalea, nausea, vomito. Nelle forme più gravi può provocare malattie neuro-invasive: principalmente meningiti e meningo-encefaliti

COS'È		TRASMISSIONE	SINTOMI
<b>ENCEFALITE VIRALE DA ZECCA (TBE)</b>	Arbovirosi causata da virus TBE	Trasmesso all'uomo e agli animali dal morso di zecca. Le zecche svolgono sia il ruolo di vettore sia quello di serbatoio del virus. Le specie di zecche più frequentemente coinvolte sono <i>Ixodes ricinus</i> e <i>Ixodes persulcatus</i> che parassitano roditori, cervidi, ovini, bovini, caprini e uccelli. Tuttavia anche le zecche del cane del genere <i>Demacantor</i> possono trasmettere l'infezione	Nel 70% dei casi l'infezione si presenta con sintomi lievi. Nei rimanenti casi, dopo un periodo d'incubazione (di 3-28 giorni) si presentano sintomi simil-influenzali come febbre alta, cefalea, mal di gola, astenia, mialgie e artralgie. Nel 20-30% di questi casi, dopo un intervallo senza sintomi, di 8-20 giorni, si manifestano disturbi del sistema nervoso centrale (meningo-encefalite). L'infezione da sottotipo europeo si complica con conseguenze neurologiche a lungo termine fino al 30% dei casi e morte nell'1-2% dei casi. Il decorso è più mite in età pediatrica-giovanile e diventa via via più severo al progredire dell'età.
<b>MALATTIA DI LYME (o borreliosi, morbo di Lyme)</b>	Infezione batterica causata da <i>Borrelia burgdorferi</i>	Trasmesso all'uomo attraverso il morso di zecche del genere <i>Ixodes</i> . I principali serbatoi dell'infezione sono rappresentati da animali selvatici (roditori, caprioli, cervi, volpi, lepri).	Solitamente si presenta con un eritema a coccarda nel punto del morso, che può espandersi o migrare anche su altre parti del corpo (inizialmente di colore rosso e di piccole dimensioni, ma può raggiungere un diametro di 50 cm). Meno comuni: ingrossamento linfonodi, mal di gola, nausea e vomito. Dopo qualche settimana più della metà dei pazienti può sviluppare artrite, alterazioni neurologiche o problemi cardiaci. Importante ricorrere ad una terapia antibiotica mirata.
<b>FEBBRE OROPOUCHE</b>	Arbovirosi causata da virus Oropouche (OROV)	Trasmesso dal moscerino <i>Culicoides paraensis</i> e da zanzare <i>Culex quinquefasciatus</i> . Nel ciclo epidemico l'uomo è l'ospite di amplificazione e OROV viene trasmesso attraverso la puntura di <i>Culicoides paraensis</i> . Non c'è evidenza di trasmissione interumana.	I sintomi della malattia sono simili alla dengue e iniziano da 4 a 8 giorni dopo la puntura del vettore infetto (range 3-12 giorni). L'esordio dei sintomi è improvviso con febbre, cefalea, rigidità articolare, brivido, nausea e vomito persistenti. Le manifestazioni gravi sono rare, ma può svilupparsi una meningite asettica. La maggior parte dei casi si risolve entro 7 giorni, anche se la convalescenza può durare settimane.

Pevoli dei rischi, prevenire le punture/morsi e contrastare la diffusione delle zanzare, adottando specifiche misure di prevenzione e contrasto della proliferazione delle zanzare.

## COME PROTEGGERSI DALLE PUNTURE DI ZANZARE E MORSI DI ZECCHES

- **Usa repellenti sulla pelle e sui vestiti:** applicando prodotti disponibili in commercio. Controllare che i prodotti utilizzati siano a base di icaridina (KBR 3023), DEET

(N,N-dietil-m-toluammide), butilacetilaminopropionato (IR3535) o Paramatandiolo (PMD o Citrodiol). Ri-applicare il prodotto più volte durante la giornata soprattutto se fa caldo e si suda. Per i bambini piccoli e le donne in gravidanza seguire le specifiche raccomandazioni. Per gli indumenti: impregnare i vestiti prima di indossarli con prodotti specifici, se ci sono molte zanzare. Per questo scopo usare prodotti a base di permetrina, disponibili in commercio. Queste sostanze aiutano a tenere lontane zecche e zanzare.

- **Vestiti adeguatamente:** soprattutto le persone anziane e fragili, dovrebbero indossare vestiti lunghi e coprenti (es. maniche e pantaloni lunghi). Quando fa caldo preferire tessuti leggeri adatti all'estate (es. tessuti in lino, cotone, ecc.). Se si fa un'escursione in montagna si raccomanda sempre di utilizzare calzature adeguate e coprenti (evitare sandali e infradito), usa calzini calzi alti e colorati chiari per l'abbigliamento.
- **Se possibile usa le zanzariere**
- **Per le zecche, controlla ogni par-**

**te del corpo dopo un'escursione:** meglio accorgersi subito della presenza di zecche sul corpo, eviterà di trovarla dopo giorni dal morso iniziale, riducendo la possibilità di infezione con un'ideale rimozione.

### AMBIENTI SANI: COME EVITARE LA PROLIFERAZIONE DELLE ZANZARE

- **Evita ristagni d'acqua:** alle zanzare basta poca acqua per la riproduzione. È sufficiente pochissima acqua stagnante affinché le zanzare possano depositare le uova e riprodursi. Svuota giornalmente vasi, sottovasi e le raccolte d'acqua in generale; copri con teli o microreti le raccolte di acqua che non possono essere svuotate; applica periodicamente, nei fossati di pertinenza privata e in presenza di acqua stagnante con presenza di larve di zanzara, prodotti a base di *Bacillus thuringiensis var. israelensis*; posiziona pesci che si nutrono delle larve di zanzara (es. *Gambusia*), nelle raccolte d'acqua private, quali laghetti e stagni; mantieni pulito il giardino (sfalcio dell'erba, potatura delle siepi).
- **Usa prodotti larvicidi: nei tombini e nei pozzetti:** i larvicidi sono del-

le pastiglie che uccidono le larve. Possono essere acquistati nei consorzi agrari, in farmacia o in negozi specializzati (anche e-commerce). Devono essere applicati periodicamente, almeno ogni 3-4 settimane, nei tombini e nelle caditoie (griglie dove defluisce l'acqua) dove c'è acqua stagnante.

- **Non usare adalticidi:** gli adalticidi sono prodotti che vengono nebulizzati nell'aria o sulla vegetazione per uccidere le zanzare adulte. Hanno un effetto debole e di breve durata. Non sono di norma indicati per la lotta ordinaria contro le zanzare.

### RACCOMANDAZIONI PER ESCURSIONI E VIAGGI

Se stai programmando un'escursione in montagna o un viaggio all'estero presta attenzione alle raccomandazioni sotto riportate.

- **Escursioni in montagna:** seguire sempre le misure di prevenzione sopra descritte per prevenire le punture delle zecche. Tornati a casa è importante controllare con attenzione il proprio corpo per verificare la presenza di zecche e rimuoverle correttamente (**video come rimuovere le zecche:** [\*\*dalle-zecche-video/\*\*\). È importante controllare anche eventuali animali domestici \(es. cane\). Informati per la vaccinazione: per l'encefalite virale trasmessa da morso di zecca è disponibile un vaccino.](https://www.izsvenezie.it/come-proteggersi-</a></li>
</ul>
</div>
<div data-bbox=)

- **Viaggi all'estero:** anche in viaggio occorre seguire le misure di prevenzione. Il rischio di malattie trasmesse dalle zanzare o da altri insetti può essere più alto in alcuni Paesi. Prenota qualche mese prima una consulenza presso gli ambulatori di medicina dei viaggi. Durante la consulenza il personale esperto potrà dare informazioni utili per ridurre i rischi e raccomandare eventuali vaccinazioni. Per 4 settimane dopo essere rientrati è importante controllare se compaiono alcuni sintomi particolari (es. febbre, malessere generale, dolore oculare, manifestazioni cutanee). In presenza di sintomi rivolgersi al medico facendo presente il paese in cui si è stati. Per informazioni consultare la sezione del Dipartimento di Prevenzione del sito web della propria Azienda ULSS.

**Per ulteriori informazioni o per consultare i bollettini:**

<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/arbovirosi>

## 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.

# Spicilegio dermatologico di un'estate torrida

di **Alberto Peroni - Dermatologo**

La tropicalizzazione che ha investito il nostro mediterraneo e non solo ha comportato anche una serie di modificazioni delle patologie stagionali un tempo abituali e la comparsa di nuove. Cerchiamo quindi di focalizzarne qualcuna traendo spunto magari da fatti di cronaca.

## **MPOX** (vaiolo delle scimmie)

Mpox è una malattia causata dal *monkeypox virus*, appartenente alla famiglia *Poxviridae* (la stessa famiglia del vaiolo). Si tratta di una zoonosi virale cioè può diffondersi dagli animali all'uomo ma può anche diffondersi tra le persone.

Mpox si può presentare clinicamente in modo differente: alcune persone presentano sintomi lievi, raramente asintomatiche, altre possono sviluppare sintomi più gravi e quindi necessitare l'ospedalizzazione.

Le persone a più alto rischio di malattie gravi o complicanze sono le donne in gravidanza, i bambini e le persone immunocompromesse. I sintomi più comuni di Mpox includono febbre, sonnolenza, dolori muscolari e mal di testa. L'eruzione cutanea si sviluppa di solito da uno a tre giorni dopo l'inizio della febbre ma può anche presentarsi prima dei sintomi generali. Interessa soprattutto le aree ano-genitali, il tronco, le braccia e le gambe, il viso, i palmi delle mani e le piante dei piedi; a volte le lesioni possono essere scarse e/o limitate solo alle aree genitali o peri-anali. Nel 5% dei casi la manifestazione di esordio può essere rappresentata da lesioni a livello del cavo oro-faringeo.

Le lesioni cutanee spesso si presentano come macule, che tendono ad evolversi in papule, vescicole, pustole, croste.

I sintomi in genere durano da due a tre settimane e di solito scompaiono da soli o con cure di supporto, come farmaci per il dolore o la febbre.

Il periodo infettivo deve essere considerato a partire dalla comparsa dei primi sintomi fino alla caduta delle croste di tutte le lesioni e la formazione di nuova pelle.

Chiunque abbia sintomi compatibili con Mpox o che è stato a contatto stretto con un caso confermato di Mpox deve consultare subito il proprio medico curante.

Nella maggior parte dei casi i sintomi di Mpox scompaiono da soli entro poche settimane. Alcune persone sono a più alto rischio di malattie gravi o complicanze: donne in gravidanza, bambini e persone immunocompromesse. Le complicazioni includono infezioni cutanee secondarie, broncopolmoniti, sepsi, encefaliti e infezione della cornea.

Una persona affetta da Mpox è infettiva a partire dalla comparsa dei sintomi prodromici fino alla caduta delle croste di tutte le lesioni e la formazione di nuova pelle.

La trasmissione può avvenire attraverso il contatto fisico stretto (faccia a faccia, pelle a pelle, bocca a bocca o bocca a pelle), compresa l'attività sessuale, con una persona infetta, con i suoi fluidi corporei o le sue lesioni cutanee. Non è ancora noto se il virus possa essere trasmesso sessualmente attraverso i fluidi genitali.

Il virus può essere trasmesso anche da oggetti contaminati quali vestiti, lenzuola, asciugamani, posate, dispositivi elettronici e superfici.

Ulcere, lesioni o piaghe della bocca possono essere infettive e il virus può diffondersi attraverso il contatto diretto con la bocca, *droplet* respiratorie e probabilmente attraverso aerosol a corto raggio.

Il virus può anche diffondersi da una donna in gravidanza al feto, dopo la nascita attraverso il contatto pelle a pelle, o da un genitore infetto a un neonato o bambino per contatto stretto. Le persone che sono a contatto stretto, compresi gli operatori sanitari, i membri della famiglia e i partner sessuali, sono quindi a maggior rischio di infezione.

Per proteggere se stessi e ridurre il rischio di contrarre Mpox:

- evitare il contatto stretto con casi sospetti o confermati di Mpox e con animali infetti;
- pulire e disinfettare gli ambienti che potrebbero essere stati contaminati da una persona malata.

Per proteggere gli altri:

se si pensa di avere Mpox, informare il medico curante, isolarsi dagli altri ed evitare i contatti stretti, compresa l'attività sessuale, fino ad esclusione di Mpox. In caso di conferma della malattia, isolarsi dagli altri fino alla caduta delle croste dell'eruzione cutanea, che indica la fine dell'infezione. Questo impedirà di trasmettere il virus ad altri.

In presenza di segni e sintomi che non richiedono ricovero, il caso confermato - se le condizioni abitative e igienico-sanitarie lo consentono - può essere seguito al domicilio, in regime di isolamento anche rispetto ai conviventi ed eventuali altre persone che prestano assistenza.

Il soggetto sarà informato dalle autorità sanitarie locali circa il rispetto di tutte le misure igienico-comportamentali da attuare al fine di prevenire la diffusione della malattia ad altre persone.

Si raccomanda per i contatti stretti di un caso confermato di Mpox:

- auto-monitoraggio della febbre (almeno due volte al giorno) o di altra sintomatologia riconducibile a MPX (mal di testa, mal di

schiena, linfadenopatia ecc.) o eruzione cutanea da causa sconosciuta nei 21 giorni dall'ultima esposizione al caso. All'eventuale comparsa dei sintomi, informare tempestivamente il Dipartimento di Prevenzione e il medico curante, auto-isolarsi e evitare i contatti stretti compresa l'attività sessuale fino ad esclusione di Mpox

- astenersi dalle attività sessuali per 21 giorni dopo l'ultima esposizione o finché non si esclude Mpox
- praticare un'attenta igiene delle mani e respiratoria (coprire bocca e naso quando si starnutisce o tossisce, con fazzoletti monouso da smaltire correttamente e lavarsi spesso le mani)
- evitare il contatto con persone immunocompromesse, bambini sotto i 12 anni e donne in gravidanza per 21 giorni dopo l'ultima esposizione
- evitare il contatto stretto diretto con animali, inclusi gli animali domestici, per 21 giorni dopo l'ultima esposizione
- evitare di donare sangue, cellule, tessuti, organi, latte materno o sperma mentre si è in regime di sorveglianza.

I contatti asintomatici che controllano adeguatamente e regolarmente il loro stato possono continuare le attività quotidiane di routine come andare al lavoro e frequentare la scuola (la quarantena non è necessaria). Le autorità sanitarie locali possono scegliere di escludere i bambini in età prescolare da asili nido, scuole materne o altri ambienti di gruppo. In specifici contesti ambientali ed epidemiologici, sulla base delle valutazioni delle autorità sanitarie, potrebbe essere richiesta l'applicazione di misure quarantenarie

**Vaccini:** quello attualmente utilizzato in Italia, MVA-BN (virus vaccinico vivo Ankara modificato, non replicante, prodotto dalla Bavarian Nordic), è un vaccino di terza generazione, indicato per la prevenzione del vaiolo e di Mpox nei soggetti a partire dai 18 anni di età, ad alto rischio di infezione. Il nome commerciale del prodotto attualmente disponibile in Italia è IMVANEX. IMVANEX (MVA-BN) è un vaccino indicato per la prevenzione del vaiolo e

di Mpox nei soggetti a partire dai 18 anni di età, ad alto rischio di infezione. In caso di vaccinazione primaria (soggetti non vaccinati in precedenza contro il virus del vaiolo o con MVA-BN): due dosi a distanza di almeno quattro settimane (28 giorni) l'una dall'altra.

Per la vaccinazione di richiamo: una sola dose a chiunque abbia ricevuto in passato almeno una dose di vaccino anti vaiolo o di MVA-BN o che abbia concluso il ciclo vaccinale di due dosi di MVA-BN da oltre due anni.

Il vaccino può essere somministrato per via intradermica (dose da 0,1 mL) o per via sottocutanea (dose da 0,5 mL). È necessario consultare sempre il proprio medico per le indicazioni riguardanti la malattia ed eventuali misure farmacologiche di supporto, come farmaci per il dolore o la febbre. Specifici antivirali possono essere presi in considerazione a giudizio del medico curante, in casi selezionati. Molti anni di ricerca sulle terapie per il vaiolo hanno portato a sviluppare prodotti utilizzabili anche per il trattamento di Mpox.

Un antivirale sviluppato per il trattamento del vaiolo (tecovirimat) è stato approvato per il trattamento di Mpox sia nel gennaio 2022, dall'Agenzia europea per i medicinali (EMA), sia a marzo 2022, dall'Agenzia Italiana del Farmaco. Mpox può essere trasmesso da persona a persona attraverso il contatto stretto o attraverso superfici od oggetti contaminati: l'attività sessuale è una delle possibili vie di trasmissione, attraverso baci, abbracci, sesso orale e penetrativo vaginale o anale con una persona infetta.

Chiunque abbia eruzioni cutanee o lesioni cutanee nuove e insolite deve evitare il contatto sessuale fino a quando non siano state escluse infezioni a trasmissione sessuale (IST) e Mpox. Mpox può essere simile ad altre malattie infettive come la varicella, l'herpes e la sifilide.

L'eruzione cutanea può presentarsi con scarse lesioni e/o limitate solo alle aree genitali o peri-anali, bocca, gola, cioè in parti del corpo difficili da vedere. Sebbene il virus di Mpox sia stato riscontrato nello sperma, attualmente non è noto se possa essere trasmesso attraverso lo sperma o i fluidi vaginali.

L'uso del preservativo da solo non può fornire una protezione completa contro l'infezione da MPXV, ma può ridurre il rischio o l'entità dell'esposizione e proteggere dall'HIV e da altre malattie sessualmente trasmissibili.

<https://www.google.it/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioFaqMalattieInfettive.jsp%3Flingua%3Ditaliano%26id%3D291%23:-:text%3DI%2520sintomi%2520pi%25C3%25B9%2520comuni%2520di,presentarsi%2520prima%2520dei%2520sintomi%2520generali.&ved=2ahUKEwjzeXKkbOIAxUenf0HHRajUwQFnoECBwQAw&usq=AOvVaw29aTf-Uqjs-6RqDPKtlgAg>

## DENGUE

Tutto inizia con quella che sembra una normale puntura di zanzara cui può seguire febbre anche alta.

Di origine virale, la dengue è causata da quattro virus molto simili (Den-1, Den-2, Den-3 e Den-4) ed è trasmessa agli esseri umani dalle punture di zanzare che hanno, a loro volta, punto una persona infetta. Non si ha quindi contagio diretto tra esseri umani, anche se l'uomo è il principale ospite del virus. Il virus circola nel sangue della persona infetta per 2-7 giorni, e in questo periodo la zanzara può prelevare e trasmetterlo ad altri. La maggioranza delle persone infette non presentano sintomi o manifestano una forma lieve di malattia che si risolve in una o due settimane.

Talora invece specie negli adulti si accompagnano mal di testa acuti, dolori attorno e dietro agli occhi, forti dolori muscolari e alle articolazioni, nausea e vomito, irritazioni della pelle che possono apparire sulla maggior parte del corpo dopo 3-4 giorni dall'insorgenza della febbre. Nei bambini questi sintomi sono spesso assenti. Raramente, la Dengue può manifestarsi in forme gravi caratterizzate da forti dolori addominali, vomito persistente, sanguinamento di naso e/o gengive, debolezza, presenza di tracce di sangue nel vomito o nelle feci, che richiedono l'ospedalizzazione e possono risultare fatali in assenza di una terapia di supporto adeguata, soprattutto nelle persone che la contraggono una seconda volta.

La conferma diagnostica si realizza con la ricerca del virus o di anticorpi specifici in campioni di sangue.

<https://healthy.thewom.it/salute/febvre-dengue/>

[https://www.google.it/search?sca\\_esv=c873461b5e2c612f&sca\\_upv=1&sxsrf=ADLYWIK-DUaPsi-YD918T589Jfv0tn0Geg:1725573552131&q=Dengue:+sintomi+iniziali&sa=X&ved=2ahUKEwiC5-605qyIAxW6hv0HHYNIIsQ1QJ6BAhSEAE&biw=375&bih=716&dpr=3](https://www.google.it/search?sca_esv=c873461b5e2c612f&sca_upv=1&sxsrf=ADLYWIK-DUaPsi-YD918T589Jfv0tn0Geg:1725573552131&q=Dengue:+sintomi+iniziali&sa=X&ved=2ahUKEwiC5-605qyIAxW6hv0HHYNIIsQ1QJ6BAhSEAE&biw=375&bih=716&dpr=3)

## RAGNO VIOLINO

Il ragno violino, il cui nome scientifico è **Loxosceles rufescens**, è un ragno appartenente alla famiglia dei Sicaridi. Il suo nome deriva dalla caratteristica macchia sul suo corpo che ha la forma proprio dello strumento musicale. Si tratta di un insetto di colore giallo-marrone molto piccolo: il suo corpo misura infatti 8-10 mm.

### Dove si trova?

È diffuso dappertutto, anche se predilige i climi mediterranei caldi e asciutti. Di solito si annida in anfratti come le fessure dei muri e mobili o in angoli poco frequentati delle case, tra i sassi e le rocce. Si tratta di un animale notturno perché di notte va in cerca di cibo, nutrendosi di insetti morti.



Può accadere che il morso avvenga tra le lenzuola o mentre si indossano indumenti o calzature lasciati negli armadi o sul pavimento per lungo tempo e tra cui il ragno ha cercato rifugio. Non è di solito aggressivo, ma può mordere anche l'uomo. Normalmente morde solo se si sente in pericolo. Il morso è di solito indolore e può passare inosservato per diverse ore.

### Quali sono i sintomi?

In genere però la quantità di veleno iniettata in una persona è così piccola da non provocare grandi danni. Il sito del morso può essere identificato da due piccoli segni cutanei circondati da eritema. Spesso si può avere solo moderato indolenzimento nelle 2-8 ore successive. Possono comparire prurito, gonfiore e arrossamento locale che, nella maggior parte dei casi, regrediscono in poco tempo.

Dopo qualche ora, in corrispondenza del sito in cui il ragno violino ha dato il morso, compare una vescicola circondata da un'area di cute livida o biancastra a sua volta circondata da un'area di cute eritematosa. Talvolta, la vescicola si rompe originando così un'ulcera, cui consegue la formazione di un'escara (lesione necrotica). A livello sistemico, invece, il loxoscelismo si caratterizza per la comparsa di:

- Febbre alta;
- Nausea e vomito;
- Brividi;
- Mialgia e artralgia;
- Mal di testa;
- Emolisi e trombocitopenia.

Nei casi più gravi, inoltre, il loxoscelismo può portare alla comparsa di: aritmie cardiache, insufficienza renale, crisi ipertensive, confusione, perdita di coscienza, coma e morte.



## Complicanze del morso di ragno violino e del loxoscelismo

Fra le principali complicazioni del morso di ragno violino ritroviamo senz'ombra di dubbio l'**infezione secondaria** della lesione che ne deriva. I microorganismi responsabili dell'infezione in questione possono essere veicolati dallo stesso ragno, così come possono raggiungere e infettare la lesione in un secondo momento. Fra le possibili **complicanze del loxoscelismo**, invece, ricordiamo: anemia emolitica, coagulopatia intravascolare disseminata, mionecrosi, rabdomiolisi, coma e morte. Fortunatamente, tali complicazioni sembrano manifestarsi piuttosto di rado.

### Reazioni allergiche

Nei soggetti precedentemente sensibilizzati, si può assistere alla comparsa di reazioni allergiche, talvolta gravi, caratterizzate da **manifestazioni sia locali che sistemiche**. Nei casi estremamente severi, si può andare incontro anche a shock anafilattico.

In alcuni soggetti, specie se fragili o debilitati, il morso del ragno violino può dare una sintomatologia più importante, ovvero si possono avere delle complicanze, con un gonfiore che dal punto del morso si estende a tutto l'arto colpito, oppure febbre e successiva ulcerazione necrotica, che può diventare più profonda ed estendersi fino a colpire il muscolo e l'osso. Con il suo morso inocula un veleno che in teoria può provocare la necrosi dei tessuti nel corso dei giorni successivi. L'entità della lesione è spesso determinata da molti fattori, tra cui la localizzazione del morso ed eventuali patologie da cui è affetto il soggetto morso che possono influenzare il decorso clinico ed eventualmente portare alla morte.

### Quali sono i sintomi in età pediatrica?

Anche i bambini possono riportare sintomi correlati al morso del ragno violino e sviluppare complicanze, anche se la incidenza nel nostro Paese è decisamente rarissima.

### Quale la terapia?

Per quanto riguarda il trattamento, attualmente, non esiste una linea guida per i morsi di ragno, quindi nemmeno

per il *Loxosceles*. In caso di assenza di sintomi sistemici, è consigliata solo la terapia sintomatica (trattamento del dolore e riposo) e, su giudizio medico, terapia antibiotica e/o steroidea.

## Cosa fare in caso di morso da ragno violino?

Innanzitutto è importante disinfettare l'area colpita. Se compaiono sintomi sistemici (es febbre alta con brividi, vomito) o segni di malessere, rivolgersi tempestivamente al medico. Come per la puntura di qualsiasi insetto, è utile essere il più possibile precisi nella descrizione dell'animale, per cui può risultare utile scattare alcune fotogra-

fie che ne facilitino l'identificazione. I bambini che non presentano sintomi sistemici non necessitano ricovero ospedaliero. Tuttavia, poiché l'emolisi è stata descritta fino a sette giorni dopo un morso di ragno, in caso di comparsa di sintomi sistemici (ad es. vomito, febbre, mialgie o ematuria) è importante una rapida rivalutazione. Casi clinici di morsi di *Loxosceles* durante la gravidanza non hanno documentato effetti avversi sul feto

## Come prevenire il morso?

Non esiste un vaccino né altro farmaco preventivo. Evitare di far giocare il bambino vicino agli anfratti.

Scuotere vestiti, scarpe e altri oggetti che non sono stati utilizzati da molto tempo o che giacciono sul pavimento prima di indossarli.

È consigliabile che solo le gambe dei letti tocchino il pavimento, allontanandoli dal muro; lenzuola e biancheria devono essere rimosse dal letto se non utilizzate da molto tempo.

<https://sip.it/2024/08/28/ragno-violino-6-cose-da-sapere/>

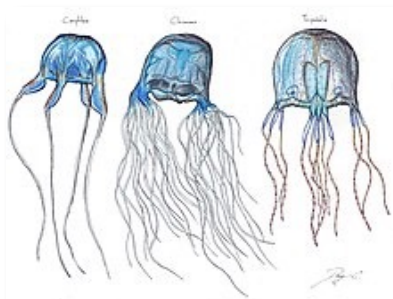
<https://www.my-personaltrainer.it/benessere/morso-ragno-violino.html>

## CARAVELLA PORTOGHESE E CUBOMEDUSE

Una specie molto tossica di medusa è la caravella portoghese (*Physalia*), che è costituita da un palloncino blu violaceo, ripieno di gas, galleggiante sulla superficie del mare.

Numerose colonie di polipi dai lunghissimi tentacoli, lunghi diversi me-

tri, secernono oltre dieci tipi di veleni diversi, anche contemporaneamente. Nelle acque di quasi tutti gli oceani è, poi, presente il Cubozoa, una classe di Cnidaria, un tempo inclusa fra gli Scyphozoa, caratterizzata da una fase medusoide con l'ombrella di forma cubica. Sono anche chiamati cubomeduse ("box jellyfish").



## PUNTURE DI ZECCA E MALATTIA DI LIME

Questa la lesione cutanea a 4 settimane dalla puntura di zecca inviata da un amico verso ferragosto; la diagnosi di eritema cronico migrante è stata abbastanza facile e la sierologia l'ha confermata.

Chi si reca nei boschi e si sdraia sui prati può facilmente incontrare le zecche del genere *Ixodes Ricinus*; sono parassiti esterni di mammiferi, uccelli e rettili e da questi ricavano pungendo e succhiando, il sangue necessario al loro sviluppo.

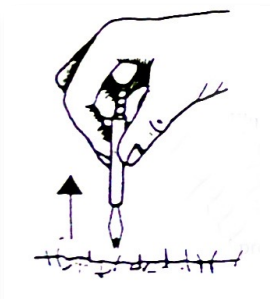
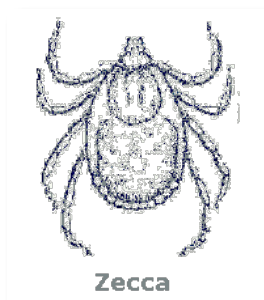
Nel morso trasmettono la *Borrelia Burgdorferi* responsabile della **Malattia di Lyme**.

Il primo sintomo, che si manifesta da alcuni giorni a un mese dalla puntura, è un arrossamento cutaneo con dolore e prurito (c.d. *Eritema Cronico Migrante*) in seguito possono presentarsi febbre, debolezza e mal di testa.

La malattia causa anche inappetenza, affaticamento, febbre con dolori articolari e zoppia (articolazioni calde, dolenti e aumentate di volume) associati o meno a sintomatologia nervosa (meningite, neurite, paralisi facciale).

Successivamente si ha artrite cronica. Nella maggior parte dei casi questa malattia scompare nell'arco di alcune settimane ma in una piccola percentuale dei soggetti colpiti, questa infezione può provocare conseguenze gravi al sistema nervoso (meningiti, difficoltà motorie, neuriti dei nervi cranici) e agli organi interni (cuore, occhio, reni, fegato). Se non si interviene con cure la malattia cronicizza, provocando danni permanenti all'organismo.

Fra le novità: Per succhiare il sangue dei passanti, le zecche devono prima



La quantità minima di elettricità statica necessaria per sollevare una zecca rientrava ampiamente nella quantità stimata di elettricità che gli esseri umani e altri mammiferi producono sfregandosi contro i fili d'erba mentre

afferrare un ospite dal loro trespolo su una foglia o un fiore: un'impresa difficile per un aracnide grande quanto un seme di sesamo che non può saltare.

Ma anche se non possono saltare, si scopre che possono volare.

### Il loro segreto? Elettricità statica.

Un nuovo studio suggerisce che i piccoli aracnidi cavalcano l'aria carica che si forma attorno agli animali mentre si fanno strada attraverso il sottobosco, riferiscono oggi i ricercatori su *Current Biology*.

Utilizzando pelliccia di coniglio caricata staticamente e altri materiali caricati in laboratorio, i ricercatori sono stati in grado di trascinare le zecche dei semi di ricino (*Ixodes ricinus*) attraverso spazi d'aria tre o quattro volte la loro lunghezza corporea (come si vede nel video sopra).

camminano in un campo; le cariche più elevate trasportate dagli esseri umani potrebbero teoricamente attirare le zecche per diversi centimetri. Per prevenire tale evenienza sembra siano già disponibili dispositivi repellenti ad ultrasuoni (vi lascio volentieri il piacere del loro eventuale reperimento). Questi mezzi tuttavia non escludono un accurato esame del proprio corpo do escursioni in montagna o nei boschi. Nel malaugurato caso del reperimento di una o più zecche.

Se si trovano zecche assicurarsi che non si siano fissate alla cute.

**Se ve ne sono di "piantate" non usare i rimedi "popolari"** (benzina, vaselina, sigaretta, etc) ma asportatele direttamente con una pinzetta o con l'infilza aghi afferrandole tra il rostro e la cute in modo da impedire all'insetto di rigurgitare quanto ha nello stomaco (cioè il vostro sangue e le borrelie).

Entro le 36 ore dalla puntura non vi è pericolo tuttavia è indispensabile rivolgersi al più vicino Ospedale per la profilassi ed il controllo sierologico nel tempo.

[https://www.ospedaleniguarda.it/uploads/default/attachments/news/news\\_m/724/files/allegati/326/punture\\_e\\_morsi\\_di\\_animali2020.pdf](https://www.ospedaleniguarda.it/uploads/default/attachments/news/news_m/724/files/allegati/326/punture_e_morsi_di_animali2020.pdf)



## 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)

## Novità in ambito di regime forfettario

La Circolare n. 32 del 5 dicembre 2023 l'Agenzia delle Entrate ha sviscerato la disciplina applicabile al **regime forfettario** di cui alla L. 190/2014 secondo le modifiche apportate dalla legge di bilancio 2023 al regime in oggetto.

Le novità più rilevanti sono di seguito riportate:

- innalzamento del limite dei ricavi e compensi ai fini dell'applicazione del regime, che a partire dal periodo di imposta 2023 è passato da 65.000 euro a **85.000 euro**;
- introduzione di una causa di **decadenza immediata** dal regime, che si verifica al superamento della **soglia di 100.000 euro** di ricavi o compensi percepiti (art. 1 comma 71 della L. 190/2014).

I dubbi interpretativi maggiori si sono concentrati sulla nuova causa di fuoriuscita immediata, che ha effetti sulle imposte sui redditi, sull'IVA e sulle ritenute.

Dal punto di vista delle imposte dirette, il superamento del limite di 100.000 euro provoca la cessazione del regime forfettario per il periodo di imposta stesso nel quale si verifica detta condizione; a tal fine, l'Agenzia delle Entrate chiarisce che per la verifica del predetto limite è necessario adottare il **criterio di cassa**.

Ai fini delle imposte dirette, in tal caso il reddito dell'intero anno è determinato con le modalità ordinarie con applicazione di IRPEF e relative addizionali.

Il verificarsi della causa di decadenza rende dovuta l'IVA per le operazioni imponibili "a partire dalle operazioni effettuate che comportano il superamento del predetto limite"; ciò che rileva è l'**incasso** dei medesimi, e non l'emissione della relativa fattura.

Di conseguenza:

- la fattura che comporta il superamento del limite di 100.000 euro, se emessa contestualmente all'incasso, comporta l'uscita immediata dal regime; - se l'incasso avviene in un momento successivo all'emissione della fattura l'uscita dal regime avviene a partire dal momento in cui il corrispettivo viene incassato; la relativa fattura dovrà inoltre essere **integrata** (con eventuale IVA) anche se emessa in un momento antecedente all'incasso che causa la fuoriuscita dal regime. L'Agenzia delle Entrate ha chiarito inoltre che deve essere assoggettata a IVA **l'intera operazione** che supera la soglia di 100.000 euro, senza possibilità di scindere il corrispettivo oggetto di fatturazione; in altre parole, il contribuente forfettario che, ad esempio, ha conseguito nel corso dell'anno un volume di ricavi o compensi pari a 95.000 euro, ed effettua un'operazione dal valore di 15.000 euro, incassandone contestualmente il corrispettivo, deve emettere la fattura applicando l'IVA sull'intero valore dell'operazione (15.000 euro), e non solo sull'importo oltre soglia (10.000 euro).

Diversamente, le operazioni fatturate **anteriamente** all'incasso oltre soglia rimangono soggette al regime forfettario; di conseguenza, tali operazioni non devono essere indicate nella dichiarazione annuale IVA.

Il superamento della soglia di 100.000 euro ha effetti anche sull'applicazione delle **ritenute d'acconto** di cui al titolo III del DPR 600/73; in linea generale, i contribuenti forfettari non sono assoggettati a ritenuta d'acconto da parte del sostituto d'imposta, e non sono tenuti a operare tali ritenute (salvo il caso in cui si tratti di redditi di lavoro dipendente o assimilati).

In merito, l'Agenzia delle Entrate ha chiarito che, tenuto conto del fatto che per espressa disposizione normativa, le ritenute sono operate all'atto del **pagamento**, le stesse vanno applicate ai compensi percepiti dal professionista che comportano il superamento della soglia e a quelli successivi; diversamente, le ritenute non devono essere operate retroattivamente per i compensi incassati prima del superamento del limite.

Per quanto riguarda le **operazioni passive**, il professionista assume il ruolo di **sostituto d'imposta** solo a decorrere dal primo pagamento effettuato successivamente al superamento della soglia, anche nel caso in cui la fattura già ricevuta non indichi l'importo della ritenuta.

La nuova causa di decadenza immediata ha generato, infine, alcuni dubbi anche in merito alla necessità di **ragguagliare ad anno** il limite di 100.000 euro, in caso di inizio dell'attività in corso d'anno.

In merito, l'Agenzia delle Entrate ha osservato che la norma richiede espressamente il ragguaglio ad anno relativamente alla soglia degli 85.000 euro, ma nulla dice in merito a quella dei 100.000 euro; ciò porta a ritenere che il superamento di tale ultima soglia rappresenti "una fattispecie speciale di cessazione dal regime forfettario, da intendersi in termini assoluti, considerando, a tal fine, i ricavi o i compensi concretamente percepiti" (in altre parole, il ragguaglio ad anno nel caso di specie non si applica).

Si ricordano infine alcune cause di esclusione da regime forfettario che rilevano con riferimento al **medesimo anno** di applicazione del regime per cui, ove ricorrano, ne impediscono l'utilizzo per quell'anno.

È il caso dell'utilizzo di regimi speciali IVA, della residenza fiscale all'estero e della partecipazione in società di persone, associazioni o imprese familiari di cui all'art. 5 del TUIR. Ad esempio, è stato chiarito che il possesso della partecipazione preclude l'utilizzo del regime, salvo che "il contribuente, **nell'anno precedente** a quello di applicazione del regime stesso, provveda preventivamente a rimuoverla" (circ. n. 9/2019, § 2.3.2).

Diversa è la verifica da effettuare per le condizioni di esclusione che riguardano il possesso di partecipazioni di controllo in **srl** e lo svolgimento dell'attività prevalentemente

nei confronti di datori di lavoro con i quali sono in essere o erano intercorsi rapporti di lavoro nei due precedenti periodi d'imposta.

Per esse la verifica si effettua "solo **al termine** del periodo d'imposta" e, se la condizione si è realizzata, determina la disapplicazione del regime dall'anno successivo (circ. n. 9/2019, § 2.3.2). Si consideri, ad esempio, un soggetto che nel 2023 cessa un rapporto di lavoro dipendente e avvia un'attività autonoma l'anno successivo, avvalendosi del regime forfetario.

Se a fine 2024 risulta che l'attività è stata svolta per più del 50% nei confronti del precedente datore (o di sog-

getti direttamente o indirettamente a esso riconducibili), dovrà fuoriuscire dal regime forfetario nel 2025.

Diverso criterio ancora vale per la causa di esclusione relativa al possesso di redditi di **lavoro dipendente** e assimilati, di cui agli artt. 49 e 50 del TUIR, eccedenti l'importo di 30.000 euro, che si valuta con riferimento all'anno precedente.

L'eventuale superamento di tale soglia non rileva se il rapporto di lavoro è **cessato** sempre nell'anno precedente (stando alla costante posizione espressa dall'Agenzia).

LA COMMISSIONE FISCO FIMMG

## 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

## Farmacia dei Servizi

Il Dottor Bonuzzi, era il Farmacista di Vangadizza, il paese della bassa veronese dove sono cresciuto ed ho passato gli anni di gioventù fino alla laurea. La sua era una “bottega” che profumava di spezie, medicine e tabacco (fumava il toscano).

Nel retrobottega c'era il laboratorio, con i vasi in vetro o ceramica dove c'erano le erbe medicinali, le spezie, le bottiglie con le varie soluzioni, gli alambicchi, le provette, gli stampi di rame o di alluminio, un fornello a gas ed una bilancia di precisione.

Quando non lo trovavi al banco, il Dott. Bonuzzi, era là a preparare i suoi “galenici”. Vi preparava anche una “China” che era veramente buona; me ne regalava una bottiglia tutti gli anni a Natale. Sull'etichetta c'era scritto “Elisir di China – tonico e ricostituente”.

Per farla metteva la scorza di china in ammollo con l'alcool etilico per giorni e giorni e poi allungava il tutto con uno sciroppo di cui non mi ha mai rivelato la ricetta. Non so se l'abbia passata al

Figlio Dario, anche lui farmacista nella stessa farmacia, e mio caro amico, che alla sua morte aveva preso il suo posto, ma che quella china l'ha prodotta solo per qualche tempo.

La farmacia, allora, era frequentata dalla gente del paese che passava di lì non solo per i malanni minori (per quelli importanti c'era il medico condotto), ma anche per quelli degli animali domestici. I cavalli, il mulo, i buoi e le vacche. Questi erano anche la forza motrice per lavorare i campi.

La stalla con lo stallatico, insieme alla concimaia (dove spurgavano le latrine, allora quasi sempre costruite fuori dall'abitazione) forniva il concime.

Il maiale ed il pollaio con le galline, non mancavano mai.

In quella economia rurale scandita nei tempi dalle stagioni, dalle colture, dal duro lavoro, dalle tradizioni, maiale e galline costituivano la sicurezza alimentare. Non c'era famiglia che non ne avesse uno, che non tenesse il suo orto, che non avesse un pollaio.

Le uova, oltre che risorsa alimentare, vendute al mercato erano la risorsa economica che permetteva alle massae di sostenere le piccole spese domestiche. Questa realtà e quell'economia oggi non esistono più.

Gli agricoltori oggi vivono in fattorie con l'aria condizionata, dotate di capannoni dove stazionano giganteschi trattori con le attrezzature per lavorare la terra. Le stalle sono diventate cantine o taverne. Il pollaio con le galline, sopravvive solo per tradizione che per economia. Uova, galline, salami, braciole e verdure oggi si comprano tutte al supermercato.

Anche le Farmacie come quella del Dottor Bonuzzi oggi non esistono più. I farmacisti, oggi, stanno in eleganti “negozi” dove le medicine sono tutte prodotte dall'industria e dove la merce esposta assomiglia più a quella di una merceria che ad una farmacia. Vi si trova di tutto, dal dentifricio alla crema abbronzante, dalle scarpe alle mutande, dai cosmetici alle tinte per capelli.

## 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 **Healthware 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.

Il “retrobottega”, quello dove stavano le spezie, gli alambicchi e le soluzioni, non c’è più. Il suo posto è stato preso dal “poliambulatorio” dove si eseguono prelievi, tamponi, vaccinazioni, test di gravidanza, ECG, Spirometrie, ECG dinamici, Holter Pressori, e quant’altro. Vi si alternano figure come l’infermiere, il Fisioterapista, il podologo, l’osteopata, il tricologo ....etc .. etc. Ricordo che quand’ero Presidente di Ordine mi avevano segnalato il caso in cui vi praticava la “professione” persino un pranoterapeuta.

La chiamano “Farmacia dei servizi”. Una realtà che sembra in rapida espansione. L’ambulatorio del medico condotto, quello che era in servizio 24 ore al giorno per 365 giorni l’anno, quello a cui potevi rivolgerti sempre per i malanni fisici, ma che sapeva curarti anche lo spirito, quello che conosceva te e tutta la tua famiglia, quello come il mio amico Bepi Sartori che sul suo biglietto da visita aveva scritto “medico condotto , senza portafogli”, quel medico .... non c’è più.

Oggi i Medici i Famiglia lavorano nelle medicine di gruppo integrate, nelle case della salute, negli “ospice”. Quelli con un loro studio privato sono sempre meno. La gente li contatta per lo più via web, via e-mail, WathsApp, SMS.



freepik.com > Fonte dell'immagine: 266541749 - Freepik

Qualcuno, il suo medico di famiglia non l’ha mai incontrato fisicamente. Perché quando si ha un malanno si va direttamente dallo specialista e si chiede di avere la prescrizione di quel tale esame o quella tale indagine. La cui prescrizione, poi, anche quella, viaggia nel web.

Quella rossa del ricettario SSN, quella che stampavo con la mia stampante ad aghi quando facevo il medico di famiglia, anche quella prescrizione oggi si è “dematerializzata” e viaggia nel web. Con tutto guadagno per gli archivi delle grandi aziende-database

che poi li usano per progetti di telemedicina e tra poco per l’evoluzione dell’Intelligenza Artificiale.

La mia impressione è che ad essersi dematerializzato in questi ultimi tempi, non sia stata solo la ricetta ma anche il rapporto medico-paziente. E questo forse spiega il perché fioriscano le farmacie dei servizi, che di bello hanno il fatto che sono sempre aperte, a tutto discapito della medicina di famiglia e del suo medico che per incontrarlo devi prenotarti una settimana prima.

ROBERTO MORA

## 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**.

# Giuseppe Dalle Ore Nel centenario della nascita

MILANO 9 LUGLIO 1924  
VERONA 26 NOVEMBRE 2014

Giuseppe Dalle Ore nacque a Milano nel palazzo del nonno materno Baldo Rossi, professore di Chirurgia e rettore dell'Università, senatore del Regno, come il fratello Luigi, per meriti di censo. Anche il nonno paterno, Giuseppe sr, sposato con Agnese Marzotto, fu un chirurgo primario a Milano, dopo esserlo stato a Adria nel Polesine, dove è ricordato con un busto. La famiglia Dalle Ore proveniva dal vicentino, e contava importanti personaggi dell'alta borghesia cittadina imparentata con la nuova nobiltà del luogo, i Marzotto. Un dottor Marcantonio Dalle Ore (1766-1854), fu socio dell'Accademia patavina di Scienze, Lettere ed Arti e nel 1815 diverrà professore di Chirurgia e Medicina presso l'Università di Padova. Il fratello di Giuseppe sr, Girolamo, fu un grande protagonista della storia locale, che combinava attività professionali, aziende agrarie e attività industriali tese allo sfruttamento delle risorse del territorio, senza tuttavia mai approdare al sistema di fabbrica, a differenza dei Marzotto.

Per completare il quadro in cui si troverà a vivere il nostro Giuseppe, sarà opportuno anticipare al suo arrivo a Padova come giovane neurochirurgo e le nozze con Giusy, la figlia del prof. Vittorio Scimone, siciliano, primario medico dell'ospedale di Padova. La mamma, Wanda apparteneva alla famiglia Diena, proprietaria con Zuckerman di una importante industria manifatturiera. Con il fratello Giorgio partecipò alla Resistenza con Concetto Marchesi, cui diede copertura e finanziamenti. Giorgio dopo l'8 settembre 1943 collaborò dalla Svizzera alla raccolta di fondi. Tornato a Milano sotto falso nome, fu arrestato il 20 novembre 1944 e quindi deportato prima a Bolzano e poi a Dachau, da

dove riuscirà a tornare il 28 maggio 1945. Fratello di Giusy fu Claudio, musicista e fondatore dei Solisti Veneti. Giuseppe Dalle Ore si laureò a Milano nel 1949 ed iniziò a frequentare l'Istituto di Clinica chirurgica diretta da G.M. Fasiani, agli albori della Neurochirurgia. Qui incontrò Marino Quarti che G.B. Belloni nel 1951 aveva fatto chiamare a Padova, per affiancare alla Clinica neurologica da lui diretta una divisione di neurochirurgia, convinto che tal branca della medicina dovesse avere una propria autonomia rispetto alla neurologia e alla chirurgia.

L'ambiente padovano era oltremodo favorevole per l'indirizzo organicista che Belloni aveva dato alla neurologia. La nascita dei laboratori di neurofisiologia clinica e di neurochimica applicata sarebbero diventati, con quello di neuroradiologia, indispensabile centro di servizi diagnostici per le future neuroscienze cliniche padovane.

Quarti si portò a Padova il giovane Dalle Ore, di cui aveva apprezzato la serietà e la dedizione, ma tre anni dopo, questi resterà "orfano" per la tragica morte del suo mentore. La neurochirurgia padovana allora venne affidata al Prof. Pietro Frugoni, che mantenne e accentuò la collaborazione con la neurologia. Nacque sul piano architettonico un vero Dipartimento, dove i reparti di Neurologia e di Neurochirurgia erano collegati da una struttura che ospitava il laboratorio di Neuroradiologia.

Degli anni padovani, resta la collaborazione di Dalle Ore con Terzian, in una pubblicazione del 1955 che descrive nell'uomo un quadro clinico - una sindrome di Kluver Bucy - prodotta dalla rimozione bilaterale dei lobi temporali, e che diede agli autori una notorietà duratura. Proficui periodi di studio all'estero presso importanti



Istituti di neurochirurgia, in Europa e nel 1957, nel corso del viaggio di nozze con Giusy Scimone, anche negli USA, saranno fonte di conoscenza sia professionale che umana ed i contatti duraturi con gli studiosi frequentati saranno di stimolo ed esempio per tutta la futura attività.

Ben presto arriveranno da Verona segnali di una volontà di arricchire il nuovo ospedale di Borgo Trento di una attività all'avanguardia come la neurochirurgia. E alla fine del 1958, con un amico trevigiano di poco più giovane, Renato Da Pian, Giuseppe Dalle Ore giunse alle rive dell'Adige. "Era un giorno piovoso; - ricorda Da Pian - arrivammo a Piazzale Stefani provenendo dal centro. Il viale che portava all'ospedale era fiancheggiato da orti e giardini e in piazza Stefani c'erano poche case. Era il 10 ottobre 1958. Ci dettero alcune stanze della 2° divisione di Medicina del prof. Angelini che tanto si era interessato per il nostro arrivo, e cominciammo a lavorare in una sala operatoria posta in uno scantinato e presa a prestito nel reparto del prof. Tantini" A questa si aggiungerà ben presto una nuova

sala operatoria. Il reparto di degenza era ospitato nella parte sopraelevata della vecchia sede della Radiologia vicino all'Alessandri .

Affrontarono l'avventura con l'atteggiamento dei pionieri, con entusiasmo, spirito di sacrificio e dedizione assoluta ad un'idea venata di utopia. Erano accompagnati da Giusy moglie e collaboratrice; qualche anno dopo si sarebbe aggregato Albino Bricolo, che giocherà un ruolo importante nella parabola della futura neurochirurgia veronese, Aldo Benati, che sarà la colonna dell'attività neuroradiologica e, in qualità di anestesista, Anna Formenton, chiamata da Milano, che si trasferì a Verona e diventerà la collaboratrice fidata per l'assistenza in corso di interventi chirurgici e in Terapia intensiva.

La prima chirurgia affrontata fu quella del M. di Parkinson, messa a punto seguendo la tecnica di Irving Cooper che Dalle Ore aveva acquisito a New York, al St. Barnabas Hospital nel Bronx. Per l'intervento fu costruita artigianalmente in ospedale una guida stereotattica ed il repere si ba-

sava sulle immagini ottenute con la pneumo-encefalografia o la ventricolografia.

Con questa tecnica furono curati anche casi di epilessia intrattabile. Negli Stati Uniti Dalle Ore era stato a lungo a Hartford nel Connecticut da William B. Scoville. Questi che fu più volte in seguito ospite a Verona, aveva esperienza di interventi su parti del lobo temporale nelle epilessie. Con Da Pian, Dalle Ore descrisse nel 1960 un caso di "arto fantasma", operato con successo mediante distruzione del nucleo latero-ventrale del talamo.

Nel 1963 a Da Pian venne affidato il Servizio per traumi cranici, una patologia che diventava sempre più frequente, legata alla motorizzazione del boom economico. Per la diagnosi delle conseguenti turbe dello stato di coscienza, degli ematomi, ma anche delle neoplasie cerebrali, fu necessario disporre di un apparecchio di EEG e di un tecnico preparato a Padova, in grado di registrare e interpretare l'attività elettrica cerebrale e formulare una prima diagnosi strumentale. Ben presto l'angiografia cerebrale diven-

terà l'esame di elezione. Quarti l'aveva introdotta a Padova tra i primi in Italia, avendola praticata fin dai primi anni '40.

In condizioni anguste e limitate, nel corso di dieci anni, il numero degli interventi continuò a crescere in maniera esponenziale raggiungendo nel 1970 la cifra ragguardevole di 645 pazienti curati. Cospicue risorse e un'attenzione particolare furono sempre dedicate ai malati con disturbi della coscienza dovuti a gravi lesioni cerebrali.

Bricolo vi si dedicò con passione, studiando e approfondendo gli aspetti neurofisiologici, con apparecchiature molto sofisticate approntate dall'ing. Galeazzo Sciarretta collaboratore competente. Nel 1967 riuscì ad organizzare a Verona un convegno internazionale sulla "Sindrome apallica".

Nel novembre 1964 venne aperto il Nuovo Ospedale Geriatrico, che anno dopo anno venne riempendosi di reparti e di specialità: da subito entrarono le due divisioni di Geriatria e la Neurochirurgia.

## 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.

Con la costante attenzione di esser sempre all'avanguardia, Dalle Ore ottenne che con delibera 2 settembre 1970 fosse creata una 2° divisione, che fu affidata a da Pian, e quindi la realizzazione di un Dipartimento con 140 pl, tre sale operatorie ed un servizio di Neuroradiologia, diretto da Benati, che nel 1976 diventerà primario di ruolo. Alla propria divisione Dalle Ore associò una sezione di neurotraumatologia con aggregata una Terapia intensiva.

Nel 1976 il Dipartimento acquisì un'attrezzatura rivoluzionaria, che portò la diagnostica per immagini del cervello a livelli inaspettati. La vicenda provocò contrasti e polemiche, ma Dalle Ore riuscì a portare a Verona l'EMI scanner – tomografia assiale computerizzata dal costo ragguardevole di 282.967,00 ml di lire. Ai primordi, aveva pensato anche di utilizzare uno dei primi ecografi encefalici, per la diagnosi non invasiva degli ematomi e nelle lesioni che provocano dislocazioni di strutture.

Le sale operatorie furono provviste di Microscopio operatorio e di Amplificatore di brillantezza. Da parte sua Da Pian, che aveva continuato ad approfondire il campo delle lesioni vascolari cerebrali malformative, trovò nella collaborazione di Benati capacità e mezzi sempre più innovativi e meno aggressivi per il trattamento di angiomi e aneurismi, raggiungendo risultati riconosciuti a livello internazionale. Dalle Ore riprese il trattamento dei disturbi nervosi procurati da alterazioni della spina dorsale, utilizzando il metodo innovativo di Cloward, che lavorava alle Hawaii e che sarà ospite più volte a Verona. Lascerà in Franco Faccioli un degno allievo per questo

delicato ambito della neurochirurgia. Anche Anthony Raimondi, il neurochirurgo infantile del Children's Memorial Hospital di Chicago, sarà spesso suo ospite, e Carlo Mazza sarà fra i suoi allievi a Verona. Italo americano, fu insignito nel 1980 dal presidente Pertini dell'onorificenza dell'Ordine al merito della Repubblica, per i suoi riconosciuti contributi scientifici e personali. Innamorato delle colline di Verona, acquistò una villa in Valpanzana ed un vigneto, producendo vino di qualità.

Con l'apertura del triennio di Medicina a Verona nel 1970 a Dalle Ore fu affidato un incarico universitario afferente alla Clinica Chirurgica, che con la neonata Università di Verona divenne un incarico stabilizzato. Nel 1984 ebbe la cattedra di NCH, professore straordinario dal 1989, poi professore ordinario e direttore della Scuola di Specialità.

Nel 1983 il regolamento accademico proibiva ai professori di avere reparti di degenza. Il prof. Dalle Ore ed il prof. Albino Bricolo, nominato professore associato di neuro-traumatologia, avrebbero dovuto lasciare gli incarichi ospedalieri. A Bricolo era appena stata affidata la neo istituita 3° divisione di NCH. Una deroga opportuna permise ad entrambi di continuare l'attività assistenziale.

Dopo 30 anni di servizio a Verona, forzando i termini consueti, l'Amministrazione dell'USL mise Dalle Ore in pensione dal novembre 1989, al compimento dei 65 anni. Lo stesso fu per Giuseppe Besa. Con grandi polemiche, Verona perse due medici che tanto lustro avevano portato all'ospedale in due campi chirurgici all'avanguardia: neurochirurgia e

cardio-chirurgia. Nello stesso anno morì inaspettatamente anche Hrayr Terzian il primo rettore della nuova Università.

Nel gennaio 1990 Giuseppe Dalle Ore rilasciò una sua intervista sull'Arena, amara e disillusa, sul futuro della sua Neurochirurgia. Dopo questi avvenimenti, lasciò l'Università di Verona e accettò di andare a Torino, dove gli fu affidata la seconda cattedra al CTO, vacante per il trasferimento di Carlo A. Pagni alle "Molinette". Restò fino ai sopraggiunti limiti di età, nel 1996, lasciando al suo posto Giuliano Fancani, suo fidato collaboratore.

Nel 2004 ricordò in Accademia di agricoltura scienze e lettere, con riconoscenza e rimpianto, il prof. Tantini, a cent'anni dalla nascita, senza dimenticare i propri collaboratori, Renato da Pian che aveva lasciato l'attività anzitempo, Paolo Buffati e Renato Scienza, primari a Rovigo e Padova. Fino alla fine Giuseppe Dalle Ore mantenne un rapporto continuo con i malati, specie quelli con il morbo di Parkinson: tra i primi, decise di seguire l'esperienza del neurologo americano Melvin Yahr che nel 1969 aveva pubblicato il suo lavoro sull'uso della L.Dopa nel Parkinson.

Fu anche tra i promotori della società scientifica, costituita nel 1974 con i Prof. C. Fazio, A. Agnoli, e P. Angeletti, e legata alla LIMPE, Lega italiana per la lotta contro la malattia di Parkinson, le malattie extrapiramidali e la demenza.

Ci lasciò il 26 novembre 2014, dieci anni fa.

GIUSEPPE FERRARI

## 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 l personale dipendente. Per ottenerle è necessario accedere alla segreteria personalmente.*

*I padri veronesi della medicina*

RASSEGNA STORICO-ETICA

*Piergiorgio Nicodemo*I CONTRIBUTI SCIENTIFICI ALL'ORIGINE DELLA LAPAROSCOPIA  
E LA DIMENSIONE UMANA DI UNA VITA DEDICATA ALLA CHIRURGIA

SARA PATUZZO MANZATI,  
SILVIA NICODEMO,  
NICOLÒ NICOLI ALDINI,  
GIAMPAOLO TRENTINI

Piergiorgio Nicodemo nasce a Meduna di Livenza in provincia di Treviso il 28 novembre 1934, primo di cinque figli di Antonio Nicodemo, agricoltore, e Maria Piaia, casalinga. Il papà Antonio, diplomato all'Istituto Agrario "Pastori" di Brescia, nonostante i tempi difficili a cavallo della Seconda guerra mondiale vuole che i suoi figli abbiano la possibilità di studiare e viaggiare. Lui stesso accompagna Piergiorgio in collegio dai Salesiani a Pordenone dove frequenterà il ginnasio e il liceo classico. Saranno per Piergiorgio gli anni più belli, ricchi di amicizia e condivisione. In seguito frequenta i corsi di medicina all'Università La Sapienza di Roma, vincendo una borsa di studio come allievo interno presso l'Istituto di Biologia e Anatomia comparata. Trasferitosi all'Università di Padova, si laurea in medicina e chirurgia il 18 luglio 1960, ottenendo il diploma di abilitazione professionale il 17 ottobre 1961. Le sue specializzazioni sono in chirurgia generale presso l'Università di Modena (16 dicembre 1965), urologia presso l'Università di Pisa (3 dicembre 1970) e chirurgia pediatrica all'Università di Ferrara (26 giugno 1974).

L'11 settembre 1960 inizia quindi la sua attività professionale, prestando servizio come assistente volontario presso l'Ospedale di Motta di Livenza, dove rimane fino al 31 marzo 1961. Per oltre vent'anni, dal 20 aprile 1961 al 10 febbraio 1985, è all'Ospedale Ci-

vile Maggiore di Verona, nelle Divisioni di Chirurgia generale e di Chirurgia toracica e Cardiovascolare, dove ricopre via via pressoché tutti i ruoli: da assistente incaricato a quello di ruolo, fino a ricoprire la qualifica di aiuto di ruolo al fianco di maestri come Emanuele Tantini, Ettore Pretto e Elio Pasquali. In questo periodo acquisisce grandi capacità tecniche eseguendo interventi di chirurgia tiroidea, mammaria, vascolare e addominale, con particolare esperienza in chirurgia epatica e delle vie biliari.

Ottenuta l'idoneità nazionale a primario di chirurgia nella sessione 1971-1972, inizia la sua attività apicale in qualità di primario incaricato presso l'Ospedale "Massalongo" di Tregnago (24 gennaio - 30 settembre 1972), di Colonia Veneta (1 giugno 1976 - 31 maggio 1977) e di Zevio (periodi compresi tra il 1974 e il 1986), diventando primario chirurgo di ruolo (1 agosto 1986 - 15 gennaio 1987). Il 16 gennaio 1987 è chiamato come primario presso il Reparto di Chirurgia dell'Ospedale "Orlandi" di Bussolengo. Nel 1992 è inoltre chiamato a dirigere la II Divisione di Chirurgia generale al posto di Elio Pasquali, incarico al quale rinuncerà per rimanere al suo posto all'Ospedale "Orlandi".

È proprio presso l'ospedale di Bussolengo che, a partire dai primi anni Novanta, la storia professionale di Nicodemo si intreccia con quella della laparoscopia.

La laparoscopia (dal greco "lapara", "fianco, parete addominale", e "skopein", "guardare, esaminare") deriva

dall'endoscopia (dal greco "endo", "dentro, interno"), una procedura che in forma rudimentale era già nota agli antichi: sappiamo che Ippocrate descrisse l'uso di uno speculum per l'esplorazione del retto e che strumenti simili per l'esame della vagina erano in uso nella medicina in epoca romana come documentato dai reperti degli scavi di Pompei. Nella storia della ricerca volta a esaminare l'interno delle cavità del corpo (come il retto, la vagina, l'orecchio, il naso, la gola, lo stomaco), un ruolo centrale è stato naturalmente svolto dalla progettazione di strumenti utili a illuminare ciò che altrimenti sarebbe rimasto inaccessibile alla vista del medico. La storia dell'endoscopia è quindi anche la storia dell'utilizzo della luce all'interno del corpo umano, che risale al medico arabo Albukasim (912-1013 d.C.), il primo a usare uno specchio per riflettere la luce. Ricordiamo poi Cardano (1501-1576), che fu il primo a utilizzare una lampada meccanica; Giulio Cesare Aranzi (1530-1589), che concentrava la luce con l'ausilio di una camera oscura; George Arnaud de Rosil (1698-1774), che costruì la prima lampada per indagini endoscopiche con una lanterna schermata (1768); Philipp Bozzini (1773-1809), un medico di Francoforte, che elaborò un dispositivo costituito da una parte ottica con attrezzatura di illuminazione e una parte meccanica allineata all'anatomia dell'orifizio corporeo; Antonin Jean Desormeaux (1815-1894), da molti considerato il padre dell'endoscopia, che creò il primo endoscopio portatile (1843). Dopo l'invenzione della lampadina da parte di Thomas Alva Edison

(1879), fecero la loro comparsa gli endoscopi illuminati elettricamente di Maximilian Nitze (1848-1906) che, inventò il primo uretroscopio e cistoscopio (1877), mentre Johann Mikulicz-Radecki (1850-1905) e Joseph Leiter svilupparono il primo gastroscopio per uso clinico (1881)<sup>(1)</sup>.

L'ora natale della laparoscopia risale agli inizi del secolo scorso con indagini diagnostiche prima su cani per opera di George Kelling (1866-1945), chirurgo e gastroenterologo di Dresda (che si riferiva alla tecnica laparoscopica con il termine "celioscopia", dal greco "koilia", "ventre o cavità addominale")<sup>(2)</sup>, poi su esseri umani con la prima ispezione del torace e della cavità addominale grazie all'internista svedese Hans-Christian Jacobaeus (1879-1937)<sup>(3)</sup>.

Inizialmente il gas utilizzato per distendere l'addome era l'ossigeno, ad esempio mediante la cannula a dop-

pia parete elaborata da Otto Goetze (1886-1957). Tuttavia, già nel 1924 il ginecologo svizzero Richard Zolliker sostituì l'ossigeno, altamente infiammabile, con l'anidride carbonica. Grazie a questi sviluppi, fu possibile realizzare la prima laparoscopia chirurgica nel senso attuale del termine, con l'esecuzione della prima adesiolisi laparoscopica per mano di Carl Ferfers (1933). Nel frattempo la tecnologia avanzava con l'introduzione della lampada a luce fredda (Karl Storz Company, 1960), che permetteva una migliore illuminazione insieme a una minore produzione di calore. Miglioramenti furono apportati anche all'ottica con l'arrivo di un sistema di lenti a 135 gradi e un doppio trocar, sviluppato dal gastroenterologo di Berlino Heinz Kalk (1895-1973), conosciuto come il fondatore della scuola laparoscopica tedesca. Un ulteriore traguardo nello sviluppo storico della laparoscopia fu raggiunto grazie all'ingegno dell'internista e pneumologo ungherese János

Veres (1903-1979) con l'utilizzo dell'ago di insufflazione con meccanismo a molla<sup>(4)</sup>, uno strumento ancora oggi presente nelle sale operatorie.

Un ulteriore passo fondamentale nell'avanzare della tecnica fu l'applicazione di una telecamera al laparoscopio che, oltre a fornire una migliore visione dell'intervento, permetteva al chirurgo di poter lavorare con entrambe le mani non dovendo più preoccuparsi di manovrare il laparoscopio, tenuto da un assistente che seguiva l'operazione sul monitor<sup>(5)</sup>. La nuova tecnica videolaparoscopica si affacciò gradualmente nella pratica chirurgica, dapprima ginecologica, con gli interventi del francese Raoul Palmer (1904-1985) e soprattutto del tedesco Kurt Semm (1927-2003), considerato il padre della laparoscopia<sup>(6)</sup> per l'esecuzione della prima appendicectomia laparoscopica (13 settembre 1980)<sup>(7)</sup>. Il passaggio dagli anni Ottanta ai Novanta rappresentò un periodo partico-

- 
- (1) Alkatout I, Mechler U, Mettler L, Pape J, Maass N, Biebl M, Gitas G, Laganà AS, Freytag D. The Development of Laparoscopy-A Historical Overview. *Front Surg.* 2021 Dec 15;8.
  - (2) Hatzinger M, Badawi JK, Häcker A, Langbein S, Honeck P, Alken P., Georg Kelling (1866–1945): the man who introduced modern laparoscopy into medicine. *Urologe A.* (2006) 45:868–71.
  - (3) Litynski GS. Endoscopic surgery: the history, the pioneers. *World J Surg* (1999) 23:745-53.
  - (4) Alkatout I, Mechler U, Mettler L, Pape J, Maass N, Biebl M, Gitas G, Laganà AS, Freytag D. The Development of Laparoscopy-A Historical Overview, op. cit.
  - (5) Kelley WE Jr. The evolution of laparoscopy and the revolution in surgery in the decade of the 1990s. *JLS.* 2008 Oct-Dec;12(4):351-7.
  - (6) Litynski GS. Endoscopic surgery: the history, the pioneers, op. cit.
  - (7) Semm K. Endoscopic appendectomy. *Endoscopy.* (1983) 15:59-64.



### 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 reminiscenze, 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.



larmente significativo nella storia della laparoscopia. Nel 1987 venne pubblicato il primo numero della rivista *Surgical Endoscopy*, mentre sulle pagine del *British Journal of Urology* l'urologo britannico John E.A. Wickham la chiamava "chirurgia minimamente invasiva" in risposta ai detrattori di questa tecnica, che l'appellavano in modo dispregiativo "chirurgia a buco della serratura"<sup>(8)</sup>. Nel 1988 si tenne il primo Congresso mondiale di endoscopia chirurgica, ritenuto una svolta globale per la laparoscopia. Inoltre, vennero eseguite le prime colecistectomie laparoscopiche a opera del chirurgo tedesco Erich Mühe (1938-2005)<sup>(9)</sup> e del chirurgo francese Phillip Mouret, incontrando però l'indifferenza oppure la critica della comunità medica<sup>(10)</sup>. Sarà proprio Mouret, amico di Nico-

demo, a iniziare alla laparoscopia a Bordeaux il chirurgo veronese, che diventerà quindi uno dei primi medici italiani a eseguire questa procedura. Nonostante i progressi della ricerca, la metodica risultava ancora pionieristica e Nicodemo si trovò ad affrontare una serie di problemi non indifferenti, come l'appannamento della telecamera e la non completa adeguatezza degli strumenti chirurgici, che lo condussero a elaborare strategie e a introdurre dispositivi innovativi, quali una forbice elettrificata e un endobag, e in alcuni casi anche da lui brevettati, come una pinza snodabile. Dai primi anni Novanta Nicodemo e la sua équipe eseguirono interventi addominali in laparoscopia, tra i quali appendicectomia, plastica erniaria e nefropessi, presentandone i risultati su riviste del

settore sotto forma di pubblicazioni<sup>(11)</sup> e come comunicazioni ai congressi della Società Italiana di Chirurgia<sup>(12)</sup>, oltretutto in altri corsi e conferenze<sup>(13)</sup>. Nello stesso periodo inizia l'attività formativa per i chirurghi di tutta Italia e la chirurgia laparoscopica si diffonde sul territorio<sup>(14)</sup>.

Così, la curiosità, il coraggio e la determinazione di Nicodemo, insieme al suo affiatato gruppo di collaboratori, tra i quali l'amico e collega Ennio Ragno, aveva dato un importante primato alla città di Verona, favorendo il perfezionamento e la diffusione della laparoscopia. Una tecnica che di fatto ha rivoluzionato la chirurgia grazie alla sua capacità di ridurre il dolore e il malessere post-operatori, nonché abbreviare la durata della degenza (dai 7

(8) Wickham JE. The new surgery. *Br Med J.* (1987) 295:1581-2.

(9) Litynski GS. Erich Mühe and the rejection of laparoscopic cholecystectomy (1985): a surgeon ahead of his time. *JLS.* (1998) 2:341-6.

(10) Kelley WE Jr. The evolution of laparoscopy and the revolution in surgery in the decade of the 1990s, op. cit.

(11) P. Nicodemo, "Tecnica abituale della colecistectomia laparoscopica", *Annali Italiani di Chirurgia*, LXII, 4, 1991, pp. 319-322. P. Nicodemo, E. Ragno, S. Adamo, O. Ghidini, "Colecistectomia laparoscopica: tecnica, casistica e considerazioni", *Chirurgia Generale - General Surgery*, XII, 1991, pp. 25-29. P. Nicodemo, E. Ragno, A. Fontana, A. Zocca, "Considerazioni in tema di appendicectomia laparoscopica", *Rivista Italiana di Videochirurgia*, vol. 1, n. 2 aprile, giugno 1993, pp. 97-101. P. Nicodemo, E. Ragno, A. Fontana, A. Zocca, "Legatura della vena spermatica interna per via endoscopica", «*Video-rivista de cirugia*», X, 6, novembre-dicembre 1993, pp. 35-38. P. Nicodemo, "Extrperitoneal endoscopic access to the pelvic regions via suprapubic route", *Surgical Laparoscopy & Endoscopy*, vol. 4, n. 5, Ottobre 1994, pp. 364-366. G. Ramacciato, P. Nicodemo, E. Ragno, A. M. Balesh, F. D'Angelo, P. Aurello, "Laparoscopic cholecystectomy: analysis of 760 consecutive cases with selective intraoperative cholangiography", *Edizioni Minerva Medica, Reprinted from Endosurgery*, vol. 3, n. 3, December 1995, pp. 92-100.

(12) P. Nicodemo, S. Adamo, "Colcistendesi e colecistectomia per via laparoscopica". 92° Congresso nazionale della Società Italiana di Chirurgia, Roma 21-25 ottobre 1990. P. Nicodemo, P. Gandolfi, E. Ragno, "Colecistendesi e litotrixxia percutanea nel paziente critico". 93° Congresso nazionale della Società Italiana di Chirurgia, Firenze 15-19 ottobre 1991. P. Nicodemo, E. Ragno, A. Zocca, "Appendicectomia laparoscopica: conviene?". 94° Congresso nazionale della Società Italiana di Chirurgia Roma 25-29 ottobre 1992. G. Ramacciato, P. Nicodemo, E. Ferri, "Colecistectomia laparoscopica: rischi e complicanze". 94° Congresso nazionale della Società Italiana di Chirurgia Roma 25-29 ottobre 1992. P. Nicodemo, E. Ragno, A. Fontana, A. Zocca, "Intervento endoscopico extraperitoneale per ernia inguinale"; P. Nicodemo, E. Ragno, "Legatura della vena spermatica interna per via endoscopica". 95° Congresso nazionale della Società Italiana di Chirurgia, Milano 17-20 ottobre 1993. P. Nicodemo, E. Ragno, A. Fontana, A. Zocca, "Nefropessi laparoscopica destra". 96° Congresso della Società Italiana di Chirurgia, Roma 16-19 ottobre 1994.

(13) P. Nicodemo, "Colecistendesi e colecistectomia per via laparoscopica". IX Congresso nazionale dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani, Perugia, 23-26 maggio 1990. P. Nicodemo, "Colecistectomia laparoscopica". Congresso del Decennale ACOI, "La chirurgia verso il 2000", Roma 5-8 giugno 1991. P. Gandolfi, P. Nicodemo, C. Zardini, L. Nesi, G. Dalle Ore, G. Golini, G.P. Pollini, R. Castellani, "La colecistectomia laparoscopica: considerazioni sui primi 60 casi operati". X Congresso nazionale del Collegium Internationale Chirurgiae digestivae, Milano 16-19 giugno 1991. P. Nicodemo, "Appendicectomia videolaparoscopica: esperienza personale". XI Congresso nazionale ACOI, Alcamo (Trapani), 15-20 giugno 1992. P. Nicodemo, "La colecistectomia laparoscopica nell'urgenza". VII Congresso nazionale della Società di Chirurgia del Mediterraneo Latino, Verona, 11-13 giugno 1992. S. Adamo, M. Carrara, M. Azzurro, G. Sartori, G. Vita, P. Nicodemo, E. Ragno, O. Ghidini, "La sfinterotomia endoscopica (PTE) nelle affezioni non neoplastiche della pailla di Vater e follow-up". VII Simposio nazionale della Società Italiana di Endoscopia Digestiva, Castel dell'Ovo, Napoli, 11-14 novembre 1992. P. Nicodemo, E. Ragno, A. Fontana, A. Zocca, "Intervento endoscopia extraperitoneale per ernia inguinale"; P. Nicodemo, G.P. Vancini, F. Marini, E. Ragno, V. Alfano, "Legatura della vena spermatica interna per via endoscopica". XII Congresso nazionale ACOI, Rimini, 26-29 maggio 1993. P. Nicodemo, "La plastica preperitoneale per via laparoscopica". ULSS 12 Regione Veneto. Presidio Ospedaliero di Conegliano, Conegliano 17 giugno 1994. P. Nicodemo, E. Ragno, A. Fontana, A. Zocca, "Nefropessi laparoscopica destra". XIII Congresso nazionale di Chirurgia e tecnologia, Milano 11-14 maggio 1994. Menzione speciale (fonte: ACOI Notizie, anno 11, 3 luglio-settembre 1994, p. 2). P. Nicodemo, "La chirurgia addominale per via laparoscopica". Divisione di Chirurgia generale Ospedale S. Sebastiano, Correggio, 18 aprile 1994. P. Nicodemo, "Appendicetomia e colecistectomia laparoscopica". Policlinico San Marco, Milano, 31 marzo 1994. P. Nicodemo, E. Ragno, R. Dal Negro, C. Pomari, "Litiasi biliare e reflusso gastro-esofageo"; P. Nicodemo, "Calcolosi della colecisti e insufficienza cardiaca" (video). XII Congresso Regionale ACOI Umbria, "Chirurgia videolaparoscopica dell'apparato digerente", Foligno 4 maggio 1996. P. Nicodemo, "La laparoscopia nell'addome acuto", Società Triveneta di Chirurgia, teatro dei Filodrammatici, Este (Padova), 22 marzo 1997.

(14) "Interventi più rapidi per calcoli e colecisti. Cavalese: nella chirurgia dell'ospedale è stata introdotta una nuova tecnica. Ridotto il dolore e anche il tempo della degenza", *Alto Adige*, 4 febbraio 1995, p. 36.

giorni abituali a 2-3 in alcuni tipi di intervento) e permettere una più rapida ripresa delle attività del paziente<sup>(15)</sup>. E che oggi è ormai diventata una parte integrante e fondamentale di tutte le specialità chirurgiche, implementata anche dai progressi della robotica e dell'intelligenza artificiale<sup>(16)</sup>.

Al di là della chirurgia, a cui dedica la sua esistenza, Nicodemo si presenta come un uomo anticonformista e dal carattere diretto, forgiato da varie passioni come quelle per l'astronomia, la musica, l'arte, il giardinaggio e la meccanica, che coltiva con particolare dedizione, conseguendo anche il titolo di tornitore presso l'Istituto San Zenò.

Portatore di una fede privata e profonda, padre di tre figli desiderati e amati, viene collocato a riposo il 31 maggio 1998<sup>(17)</sup>, anche se non abbandonerà mai del tutto la sua adorata professione. Infatti, nelle estati del 2001 e 2004 presta servizio come chirurgo volontario in Ciad. Anzitutto opera presso l'ospedale comboniano San Giuseppe di Bebejà (che, pur ricoprendo un territorio ampio come tutto il Nord Italia, era dotato di un'unica sala operatoria) in sostituzione del primario, la dottoressa italiana Maria Martinelli, suora comboniana. In seguito (giugno 2005) presso l'ospedale di Goundi, fondato dal padre gesuita Angelo Gherardi. L'attività africana si realizza

con l'esecuzione di interventi in ogni branca della chirurgia, compresi molti parti naturali o cesarei. Un'esperienza di vita e di lavoro che rappresenterà un'avventura indimenticabile di grande soddisfazione, considerando anche il difficile contesto in cui si svolge. Proprio in Africa Nicodemo contrae la malaria e successivamente sviluppa una neoplasia, il tumore di Merckel, che lo porterà rapidamente a spegnersi il 2 novembre 2011 nella sua casa veronese di contrada Vendri, circondato dall'affetto di tutta la sua famiglia. Al suo funerale, nella chiesa di Santa Maria in Stelle, risuoneranno le note del violoncello del suo migliore amico e collega, Oreste Ghidini.

(15) Nano M. A brief history of laparoscopy. G Chir. 2012 Mar;33(3):53-7.

(16) Alkatout I. An atraumatic retractor for interdisciplinary use in conventional laparoscopy and robotic surgery. Minim Invasive Ther Allied Technol. (2018) 27:265-71.

(17) L. Belligoli, "Ha operato con bisturi e telecamere. Ora è un cincinnato e pota le vigne. In pensione il chirurgo "pionere" degli interventi con una tecnica meno invasiva", L'Arena, 23 dicembre 1998, p. 23.

### SERVIZI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI DI VERONA

## OFFERTI AGLI ISCRITTI

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

#### **CONSULENZA LEGALE (Avv. Donatella GOBBI)**

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

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

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

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

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

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

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

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

# Storia della SIRINGA

Nell'armadietto dell'ambulatorio di mio papà, medico condotto, vi sono strumenti che ripercorrono ormai la storia della medicina; tra questi le siringhe di vetro con i bollitori di acqua elettrici (foto 1), tema che merita un breve svolgimento.



Andiamo ad uno dei primi capitoli del testo di farmacologia generale per la laurea in Medicina, che si occupa della somministrazione dei farmaci. Una di queste è la via parenterale, cioè quella altra dal tubo gastroenterico, e che può essere intradermica, sottocutanea, intramuscolare ed endovasale. Tutto ciò è divenuto possibile grazie ad uno strumento chiamato siringa. Dal greco "Syrinx", cioè tubo, condotto, fistola, è un apparecchio cilindrico cavo contenente un pistone o un dispositivo comprimibile, così da permettere l'aspirazione dei liquidi o la loro iniezione con la forza desiderata; è utilizzato per iniezioni, prelievi o trasferimento di fluidi attraverso un ago cavo (foto 2).

Le siringhe a pistone furono usate già nel I° secolo d.c. da Aulo Cornelio Celso, per trattare le complicanze mediche nel suo "De Medicina". Nel IX° secolo il chirurgo iracheno-egiziano Ammar Ali al-Mawsili creò una siringa da aspirazione per rimuovere la cataratta. Lo strumento fu perfezionato attorno al 1853 da Charlez Pravaz e Alexander Wood. Il primo, chirurgo

ed ortopedico, diresse un istituto di ortopedia a Passy, in Francia, e con questa invenzione con meccanismo a vite (foto 3) tentò di praticare la cura incruenta degli aneurismi mediante iniezione di coagulanti. Così scriveva Arturo Castiglioni nel 1948 nella sua "Storia della Medicina": "La siringa ipodermica, che fu costruita in varie forme ed ebbe successivamente diversi perfezionamenti tecnici, divenne lo strumento più usato dal medico e fu presto popolarissima, sfortunatamente anche nelle mani di gran numero di pazienti per i quali essa costituì il mezzo facile e semplice per praticare iniezioni di morfina e di altri stupefacenti. Così si può dire che uno strumento utile e benefico è divenuto troppo spesso un'arma pericolosa". Fu un'acuta previsione da parte dello studioso l'aver preconizzato come, dopo pochi anni, dalla seconda metà del novecento del secolo scorso le siringhe in plastica, più volte usate, sarebbero state il mezzo per introdurre per via endovenosa sostanze dannose da parte dei tossicodipendenti, divenendo un gravissimo ed irrisolto problema medico e sociale. Tornando all'aspetto tecnico, nel secolo scorso il progresso ha creato la siringa "Re-



cord", con il pistone e l'estremità in metallo, la siringa "Luer lock" che si unisce all'ago avvitandosi, e quella "non Luer lock" che si inserisce con pressione. Sono nate poi siringhe specialistiche, quelle intrauterine, uretrali, oculari, auricolari e per anestesia odontoiatrica.

## L'ittero da siringa

Soprattutto fino agli anni '70 del secolo scorso era disponibile un kit per iniezioni, con un bollitore domestico in alluminio od acciaio, con riscaldamento dell'acqua a gas o elettrico; all'interno si trovavano le siringhe in vetro e più aghi di acciaio silconato con filo d'acciaio per la loro pulizia interna (foto 4 e 5). Non sempre però la sterilizzazione era assicurata, ed infatti la storia della medicina descrive l'"ittero da siringa", provocato da un virus identificato nel 1963 da Samuel Blumberg nel sangue di un aborigeno australiano, e di qui la primitiva dizione di "Antigene Australia", che si sarebbe scoperto essere una molecola presente nel rivestimento esterno del virus epatite B (HBsAg); questa scoperta sarebbe valsa allo scienziato il Premio Nobel nel 1976. Una delle più importanti vie di trasmissione di questo virus si scoprì fossero le siringhe o gli aghi male sterilizzati a livello ospedaliero o domiciliare, già impiegati su portatori del medesimo virus. La siringa monouso in polipropilene e policarbonato, ideata nel 1956 dal farmacista neozelandese Colin Murdoch, avrebbe per fortuna eliminato questa modalità di contagio. Entrò però in uso solo alla fine degli anni '60 del secolo scorso, venendo considerata uno spreco rispetto a quella di vetro, riutilizzabile.

## La sconfitta della polmonite

Nel 1945 fu importata dagli Stati Uniti la penicillina e questo primo antibiotico, per mezzo di una siringa, poteva venir iniettato per via parenterale, e risolveva temibili infezioni, in primis quelle polmonari. In anni successivi la chemioterapia avrebbe compiuto



ulteriori progressi con nuove molecole iniettabili, come le cefalosporine, il cloramfenicolo, gli aminoglicosidi e le tetracicline. Con ben altre conoscenze di chimica farmaceutica e di distribuzione dei farmaci, ai nostri giorni le frequenti polmoniti di comunità vengono affrontate ed agevolmente guarite dal medico di famiglia a domicilio in modo impensabile rispetto al passato, grazie ad antibiotici somministrati per os, cioè le betalattamine in associazione con i macrolidi od i chinolonici, con ciò riducendo la necessità della via di somministrazione intramuscolare.

### La manovra di Lesser.

La possibilità di un'efficace terapia orale è stata un bel vantaggio, perché l'iniezione parenterale non è mai stata cosa semplice, dovendo superare la paura per gli aghi (detta belonefobia o tripanofobia) di molti pazienti. L'iniezione con siringa, "la puntura", rimane infatti uno dei ricordi indelebili e drammatici nella vita di ognuno di noi un tempo bambini, portata a termine dopo contrattazioni e promesse e con grida ed urla di rito distribuite ad alti decibel in abitazioni o corsie ospedaliere. E il detto "È arrivato il dottore che ti fa la puntura" era l'infelice frase del come non ci si dovesse rapportare con loro. Di contro, "Già fatto?" sono sempre state le parole liberatorie dopo questo atto medico, dal che ben si comprende la simpatia dei bambini per la "siringa senza ago", impiegata per somministrare loro per via orale i medicinali, con una esatta poso-

logia in millilitri. In ogni dove persone con pratica, oppure infermieri in pensione o personale religioso si incaricavano un tempo di "fare le punture" a domicilio degli ammalati, per puro volontariato o con una modesta ricompensa. Senz'altro queste persone ben conoscevano la "manovra di Lesser", cioè la retrazione dello stantuffo per qualche secondo al fine di garantire che il liquido non venisse iniettato per via endovenosa, manovra che di contro non era da

compiersi nelle iniezioni per via sottocutanea. Pur se tutto ciò fosse assicurato, altri problemi sempre temibili per il paziente potevano accadere; per evitare lesioni al nervo sciatico si consigliava l'iniezione a paziente prono e sul quadrante superiore esterno dei glutei. Altre effetti collaterali possibili erano la reazione allergica da farmaco e l'ascesso gluteo dovuto ad ago infetto, e ciò portava gli iniettori a temere sempre più possibili conseguenze medico-legali. Il progresso della farmacologia andava loro incontro, perché nuovi farmaci per os potevano permettere gli stessi risultati terapeutici rispetto alla via parenterale. Questi motivi hanno ridotto quindi di molto l'impiego della via intramuscolare, ora consentito solo al personale autorizzato come il Medico o l'Infermiere. L'evoluzione della medicina del territorio, grazie ad un'efficace assistenza domiciliare integrata ed oncologica, ha portato da tempo ad una terapia parenterale anche endovasale in sicurezza in favore di questi pazienti complessi. Le siringhe di plastica di varie dimensioni, più comunemente di 10, 5 e 2,5 ml, si sono quindi ridotte nell'uso, e ciò ha permesso in più un altro vantaggio, cioè una diminuzione delle plastiche nell'ambiente. Recenti ricerche affermano infatti che i sistemi sanitari inquinano con il 4-5% delle emissioni globali di CO<sub>2</sub>.

### La siringa di 1 ml "tubercolina"

Le siringhe di vetro sono state riposte nella vetrinetta, ma esse sono state

sostituite, pur in altro materiale, nelle loro versioni "mini", importantissimo contributo alla salute di ogni persona. Una piccola siringa di 1 ml ha permesso lo screening dell'infezione tubercolare con l'intradermoreazione alla Mantoux, iniezione di derivato proteico purificato di tubercolina (PPD). Si sono sempre più diffuse le siringhe preriempite con il farmaco già dosato, che hanno reso più agevole la prevenzione delle malattie infettive, cioè a dire

l'infusione di vaccini, terapia quanto mai rapida, sicura ed efficace nelle campagne vaccinali di cui abbiamo anche recente ricordo. Un fondamentale progresso nella cura del diabete è stato, da ormai decine di anni, la possibilità da parte del paziente dell'auto-somministrazione di insulina grazie a piccole siringhe di 1 ml con aghi corti microfine sottocute, che possono erogare fino a 100 U di farmaco. Le penne preriempite sono state un'ulteriore evoluzione. Il piccolo strumento già preparato con eparina da iniettarsi sottocute è stato fondamentale nella prevenzione e nella terapia di alcune malattie cardiovascolari, e preriempito con farmaci immunomodulatori e biologici altrettanto nella terapia di quelle neoplastiche e reumatiche. La siringa è stata quindi quel semplice strumento che ha consentito di applicare alla persona i risultati degli studi dei farmaci introdotti per via parenterale.

GIUSEPPE CALZAVARA

### Bibliografia

- Churchill's Medical Dictionary, 1997, Centro scientifico editore, 1787
- Dizionario Enciclopedico Treccani, vol. IX, 727, vol. XI, 345,
- Bruni- Tarchini, "Elementi di farmacologia generale", 1972, Cleup, 13
- Giustetto-Romizi, "Il dovere oltre la cura: agire con etica per l'ambiente", Il Punto, 2- 2024
- "Evoluzione della siringa", <http://www.amber-amber-inclusion.info/nuova%20siringhe.htm>
- Arturo Castiglioni, "Storia della Medicina", 1948, Mondadori, 745

## Quota B, 300 borse di studio per i figli

Anche quest'anno l'Enpam accompagna negli studi universitari i figli dei medici e dei dentisti che fanno libera professione. Il bando 2024 mette a disposizione 300 borse di studio ai figli degli iscritti attivi – inclusi i pensionati – che versano la Quota B.

### FINO A 4.650 L'ANNO

Il bando, che si apre il 10 luglio, è rivolto agli studenti universitari che nell'anno accademico 2023/2024 hanno frequentato un corso di laurea e stanza per loro 300 assegni di 3.100 euro, a cui si accede secondo criteri di reddito e di merito.

Un importo che viene maggiorato del 50 per cento (per diventare di 4.650 euro) per i più meritevoli, che nell'anno accademico 2022/2023 si sono laureati con 110 e lode.

### REQUISITI E DOMANDE

Il bando è rivolto agli universitari fino a 26 anni, in regola con gli studi.

E cioè devono avere conseguito tutti i crediti degli esami previsti per gli anni precedenti e almeno la metà di quelli dell'anno accademico 2023/2024.

**Le domande sono aperte fino al 21 ottobre** e possono essere presentate esclusivamente tramite l'area riservata del sito dell'Enpam. Il bando, come accennato, prevede requisiti di reddito che sono più favorevoli all'aumentare del numero di componenti del nucleo familiare del richiedente e nel caso siano presenti familiari con invalidità.

Nel caso il genitore iscritto all'Enpam versi i contributi di Quota B con aliquota ridotta, l'importo del sussidio assegnato allo studente viene rideterminato proporzionalmente.

### 1,4 MILIONI DI EURO

I fondi stanziati per le borse di studio ai figli universitari dei contribuenti di Quota B è di circa 1,4 milioni di euro e si aggiunge allo stanziamento previsto

per gli universitari, figli della generalità degli iscritti Enpam, che hanno ottenuto l'ammissione ai collegi di merito. Per questi esiste infatti un'altra borsa specifica, più alta, fino a 5mila euro, che può essere richiesta fino al 18 settembre.

### IN PIÙ CI SONO LE BORSE ENPAM-BANKITALIA

Le borse di studio erogate dall'Enpam sono cumulabili con quelle che Banca d'Italia ha attivato attraverso un fondo gestito con la Fondazione. Tali sussidi vengono concessi ai familiari dei medici e degli odontoiatri deceduti a causa del Covid.

Grazie alla convenzione della durata di 5 anni, ogni anno vengono erogate borse di studio da 500 a 1.500 euro ai figli superstiti, in età scolare o universitaria fino a 26 anni, di camici bianchi che hanno perso la vita dopo aver contratto il Covid-19 durante lo stato di emergenza.

## 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.

## Delegare un fiduciario: lo hanno già fatto 1.700 medici e odontoiatri

A meno di dieci giorni dal lancio del servizio, sono già 1.716 le richieste di conferimento deleghe per l'area riservata arrivate all'Enpam.

Una novità che punta a semplificare per i camici bianchi la gestione degli adempimenti, delle scadenze contributive e la presentazione delle domande di accesso alle prestazioni. Oltre a medici e odontoiatri, nell'Area riservata possono adesso accedere anche altri professionisti (commercialisti, consulenti del lavoro) o persone di fiducia (ad esempio familiari). "Quest'evoluzione dei servizi online, oltre ad essere un vantaggio per gli iscritti Enpam, faciliterà anche il lavoro di commercialisti, consulenti del lavoro e degli altri professionisti

di fiducia", sottolinea Alberto Oliveti, che oltre ad essere il presidente della Cassa dei medici presiede anche l'Adepp, l'associazione degli enti di previdenza dei professionisti.

### COME DELEGARE

In sintesi, ciascun medico o dentista può delegare fino a un massimo di tre persone fisiche.

Dovrà comunque essere il medico o l'odontoiatra stesso ad attivare il servizio entrando nella propria area riservata e indicando il codice fiscale della persona che vuole delegare. La delega dovrà poi essere accettata in maniera espressa dal professionista o dalla persona di fiducia indicata. Ciascun delegato entra nell'area ri-

servata Enpam con il proprio Spid personale o carta d'identità elettronica (Cie).

### LIBERTÀ DI SCELTA

L'iscritto può scegliere se delegare tutte le funzionalità o solo alcune e può specificare se vuole concedere solo la visualizzazione e stampa dei dati presenti nell'area riservata o anche la gestione degli adempimenti. La delega – revocabile in qualsiasi momento – dura due anni, al termine dei quali verrà richiesto di esprimere una conferma se si intende rinnovarla. Per maggiori informazioni sulla procedura da seguire per attivare il servizio è possibile consultare la pg web [www.enpam.it/comefareper/area-riservata/delega-per-i-servizi-online](http://www.enpam.it/comefareper/area-riservata/delega-per-i-servizi-online).

## Scegli online quanto investire (o quanto ricevere)

I medici e gli odontoiatri che svolgono libera professione possono acquistare in tempo reale un aumento di pensione o decidere di investire una somma a scelta nella propria previdenza.

La nuova funzione è disponibile **nell'area riservata del sito dell'Enpam** ed è collegata al **riscatto di allineamento**.

Rispetto alle possibilità offerte in passato, il nuovo sistema permette al professionista di specificare la somma a disposizione per l'investimento, vedere subito che vantaggio avrebbe sulla pensione futura, e – in caso di

gradimento – fare il pagamento anche in tempo reale per far scattare immediatamente la deducibilità fiscale.

È previsto anche il percorso inverso, e cioè la possibilità di specificare l'incremento pensionistico desiderato e di vederne il costo.

Per poter fare domanda è necessario rispettare alcuni requisiti, primo fra tutti l'aver già accumulato 5 anni di contributi Enpam di Quota B. Il riscatto di allineamento comporta benefici pensionistici ma non aggiunge anzianità contributiva.

Anche per questo possono chiederlo non solo i medici e i dentisti in attività ma anche i pensionati, purché di età inferiore a 70 anni.

L'adesione alla proposta comporta la scelta di passare alla contribuzione di Quota B con aliquota intera.

La **deducibilità fiscale** del costo di questo riscatto è **totale** per tutti, salvo per i professionisti con il regime forfettario.

Ulteriori dettagli:

Puoi chiedere l'allineamento sulla Quota B se:

- hai meno di 70 anni;
- hai maturato un'anzianità contributiva di almeno 5 anni;
- hai maturato almeno 1 anno di contributi di Quota B nei 3 anni che precedono la domanda;
- sei in regola con i versamenti dei contributi di Quota B;
- hai completato i pagamenti di un precedente riscatto di allineamento sulla Quota B;
- sei in regola con i pagamenti di altri riscatti in corso;
- non hai presentato la domanda di pensione di inabilità assoluta e permanente;
- non hai già presentato una domanda di riscatto di allineamento sulla Quota B da quando sei in pensione.

Per fare domanda:

Entra **nell'area riservata** e nel menu a sinistra clicca su **Riscatti e ricongiunzioni** e poi nel riquadro **Gestione di Quota B** clicca su **Domanda di riscatto di allineamento**.

La procedura ti consente di scegliere due percorsi:

- decidi di quanto vorresti aumentare la pensione;
- decidi quanto vuoi investire per aumentare la pensione.

Puoi scegliere se pagare:

1. tutto in un'unica soluzione;
2. a rate semestrali;
3. con acconto più rate semestrali.

In prossimità delle scadenze semestrali (**30 giugno e 31 dicembre**) troverai i bollettini per il pagamento nell'area riservata, sotto la voce *Avvisi di pagamento* nel menu a sinistra.

Se scegli di pagare in un'unica soluzione o di versare un acconto riceverai subito un'e-mail con il link per pagare il bollettino PagoPa, anche in questo caso il versamento va fatto entro la scadenza riportata sul bollettino.

Se scegli di pagare a rate, il pagamento della prima rata va fatto entro la scadenza riportata sul bollettino. Oltre questo termine il riscatto decade.

Dopo due anni dalla data di emissione del bollettino non pagato, potrai presentare una nuova domanda che comporterà il ricalcolo del costo del riscatto.

**Attenzione:** se versi i contributi di Quota B con l'aliquota ridotta (9,75% o 2%) e accetti la proposta di riscatto, passi all'aliquota intera (19,5%) in modo irrevocabile.

**Posso fare dei versamenti in più rispetto alle rate previste dal mio piano di ammortamento?**

**Sì**, entra **nell'area riservata** e nella sezione **Pagamenti** clicca su **Genera PagoPa**.

**Posso modificare il numero delle rate?**

**Sì**, puoi farlo dopo aver versato la prima rata, entro i limiti indicati nella proposta.

**Posso sospendere il pagamento delle rate?**

**Sì**, se non paghi le rate successive alla prima i bollettini non verranno più pubblicati nell'area riservata. È comunque possibile mettersi in regola con il debito pregresso entro due anni dalla scadenza dell'ultima rata pagata. Se invece decidi di interrompere definitivamente i pagamenti, il beneficio sulla pensione sarà limitato alle somme versate.

**Posso fare il riscatto di allineamento più volte?**

**Sì**, il riscatto di allineamento è tecnicamente sempre possibile, purché siano soddisfatti i requisiti.

**L'allineamento va saldato entro la data del pensionamento?**

**Sì**, se vuoi percepire il beneficio da subito. Si può pagare anche dopo la pensione, solo se si continua a esercitare la professione e comunque non oltre 70 anni ma il beneficio verrà riconosciuto una volta terminati i pagamenti.

## CONTROLLO INCROCIATO ECM - RCP

*I nuovi decreti attuativi della Legge Gelli-Bianco, oltre ai massimali minimi obbligatori (1 Miliardo di euro per sinistro e 3 Miliardi/anno), prevedono ora che divenga attiva la saldatura tra la formazione ECM e l'operatività della polizza RCP prevista dai decreti del 2021. Questo significa che se al 31.12.2025 non si avranno almeno il 70% dei crediti ECM del triennio (almeno 105 crediti), l'assicurazione avrà diritto di rifiutare la copertura in caso di sinistro.*

# ENPAM : rinvio scadenza dichiarazione dei redditi libero-professionali (modello D) ai fini previdenziali

## A cura della Commissione Fisco FIMMG

Ogni anno è obbligatorio comunicare all'Enpam il reddito da libera professione prodotto nell'anno precedente per il pagamento dei relativi contributi previdenziali. La comunicazione viene fatta online tramite il **modello D** che trovi nell'area riservata del sito ENPAM. Quest'anno l'Enpam ha però **spostato dal 31 luglio al 6 settembre il termine per la dichiarazione dei redditi libero-professionali (modello D)**.

Il Governo ha infatti disposto lo slittamento, con interessi minimi (0,4%), fino al 31 agosto dei termini per il calcolo ed il versamento del saldo 2023 e della prima rata di acconto 2024 delle imposte sui redditi per i soggetti Ilsa e forfettari (ufficialmente previsto, senza alcuna maggiorazione, al 31/07/24).

In considerazione pertanto del fatto che i dati per la compilazione del Modello D si desumono dai quelli individuati ai fini fiscali, l'ENPAM ha rinviato la scadenza della presentazione dello stesso per consentire agli Iscritti interessati di usufruire della tempistica di dilazione statale. Resta invariata la **sanzione di 120 € nel caso di invio tardivo** (quindi dopo il 6 settembre) del Modello D.

Quanto al pagamento dei contributi previdenziali in tal modo dichiarati, il **versamento in unica soluzione resta fissato al 31 Ottobre**. I medici che sceglieranno l'addebito diretto su conto corrente, o che l'hanno scelto in passato, avranno anche la possibilità di diluire il pagamento in due, cinque o nove rate, sempre a partire dal 31 Ottobre.

Si ricorda, come esposto nel sito dell'ENPAM, che: **Il reddito da dichiarare è quello che deriva dallo svolgimento, in qualunque forma, dell'attività medica e odontoiatrica** o di attività comunque attribuita in ragione della particolare competenza professionale, indipendentemente dalla relativa qualificazione ai fini fiscali e **relativamente alla quale non sia già stato effettuato il versamento previdenziale** (come nel caso dell'attività resa per conto delle Aziende Sanitarie). Ad esempio:

- i redditi di lavoro autonomo prodotti nell'esercizio della professione medica e odontoiatrica in forma individuale e associata;
- i redditi percepiti per l'attività intramoenia e le attività libero professionali equiparate alle prestazioni intramurarie;
- i redditi che derivano da collaborazioni o contratti a progetto, se sono connessi con la competenza professionale medica/odontoiatrica;
- le borse di studio dei corsi di formazione in medicina generale;
- i redditi di lavoro autonomo occasionale se connessi con la competenza professionale medica/odontoiatrica (es. partecipazione a congressi scientifici, attività di ricerca in campo sanitario);
- i redditi percepiti per incarichi di amministratore di società o enti la cui attività sia connessa alle mansioni tipiche della professione medica e odontoiatrica;
- gli utili che derivano da associazioni in partecipazione, quando l'apporto è costituito esclusivamente dalla prestazione professionale;
- i redditi che derivano dalla partecipazione nelle società disciplinate dai titoli V e VI del Codice civile che svolgono attività medico-odontoia-

trica o attività connessa oggettivamente con le mansioni tipiche della professione. Sempre al fine di determinare correttamente l'imponibile da dichiarare all'ENPAM:

- non devono essere conteggiati altri introiti, come per esempio eventuali sussidi per malattia o l'indennità di maternità;
- non vanno prese in considerazione le agevolazioni né gli adeguamenti fiscali;
- non va considerato qualsiasi altro reddito soggetto ad altre forme di previdenza obbligatoria;
- non vanno dichiarati i compensi percepiti dalle Asl nell'ambito del rapporto di convenzione/accredito con il Servizio sanitario nazionale;
- non deve essere sottratto il reddito già assoggettato alla Quota A (sono gli uffici dell'Enpam a detrarlo quando calcolano il contributo da versare);
- va considerato il reddito al lordo dei contributi previdenziali e assistenziali;
- non deve essere indicato l'eventuale adeguamento agli studi di settore. Non è infine possibile compensare le perdite realizzate nei precedenti periodi di imposta con i redditi riferiti a periodi di imposta successivi, com'è invece previsto dallo Stato per il reddito da dichiarare ai fini fiscali. Il reddito da inserire nel modello D è comunque desumibile dai seguenti Quadri del Modello Redditi PF (ex Unico) : QUADRO RE per la libera professione:
- nel rigo RE2 è indicato il reddito lordo;
- nel rigo RE20 è indicato il totale delle spese che possono essere dedotte in fase dichiarativa (somma degli importi da rigo RE7 a rigo RE19). Il reddito da dichiarare si ricava dalla differenza tra gli importi

del rigo RE2 e RE20. QUADRO LM per minimi e forfetari:

- nel rigo LM6 sono indicate le somme da dichiarare che derivano dal regime di vantaggio, cosiddetto dei minimi (se l'attività è riconducibile all'esercizio della professione medica);
- nel rigo LM34 sono indicate le somme da dichiarare che derivano dal regime forfetario (se l'attività è riconducibile all'esercizio della professione medica). QUADRO RL per altri redditi (considera solo quelli specificamente connessi con la competenza professionale medica e odontoiatrica);
- nel rigo RL15 sono indicati i compensi del lavoro autonomo (anche se svolto all'estero e non esercitato abitualmente);
- nel rigo RL25 sono indicati i cosiddetti "diritti d'autore" (per esempio

i proventi lordi che derivano dall'utilizzazione economica di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali e simili da parte dell'autore o inventore; articoli per riviste o giornali; ecc.);

- nel rigo RL27 è indicato l'ammontare lordo dei proventi percepiti dagli associati in partecipazione (anche in caso di cointeressenza agli utili di cui all'art. 2554 c.c.) il cui apporto consista esclusivamente in prestazioni di lavoro e gli utili spettanti ai promotori e ai soci fondatori di società per azioni, in accomandita per azioni e a responsabilità limitata.
- QUADRO RH per i redditi da partecipazione in società di persone e assimilate che esercitano attività medica e odontoiatrica. Infine l'importo del reddito va dichiarato al netto solo delle spese sostenute per produrlo determinando la

quota di spesa che deve essere dedotta in proporzione a come le diverse categorie di reddito incidono sul reddito professionale totale. Per farlo si può ricorrere a questa formula:  $\text{Calcolo spese libera professione} = (\text{spese totali} \times \text{compensi libero professionali}) / \text{compensi totali}$  L'imponibile da dichiarare nel Modello D risulterà pertanto dalla sottrazione tra i redditi così individuati e la quota spese riconducibile agli stessi. In ogni caso si raccomanda di consultare sempre il proprio commercialista.

Per qualsiasi ulteriore informazione è possibile accedere al sito ENPAM:

<https://www.enpam.it/comefareper/dichiarare-il-reddito-da-liberaprofessione/modelloD/#qualiredditivannodichiarati>

## 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](mailto: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](http://difesa.it))*

# *Prestiti d'onore: fino a 120mila euro per gli iscritti under 35*

L'Enpam ha dato il via libera al bando che per la prima volta introduce il prestito d'onore a favore dei propri iscritti under 35. Il bando mette a disposizione di giovani medici e odontoiatri fino a 120mila euro per impiantare il primo studio professionale. Invece i laureati in odontoiatria o in medicina che intendono perfezionare la propria formazione potranno richiedere fino a 25mila euro. Infine, gli studenti del quinto e sesto anno dei corsi di laurea in medicina e di odontoiatria con meno di 30 anni, potranno ottenere un piccolo prestito d'onore, tra 5 e 10mila euro, funzionale al completamento del proprio percorso accademico. Per tutti i richiedenti, l'Enpam si farà carico degli interessi passivi dei finanziamenti e delle spese d'istruttoria. I professionisti potranno inoltre beneficiare della garanzia del fondo Pmi, sottosezione Enpam-Cdp.

“Con questa iniziativa intendiamo fornire un supporto concreto a tutti quei giovani medici e odontoiatri che, per ragioni strettamente economiche, legate a situazioni familiari non propriamente agiate, avrebbero difficoltà ad avviare il proprio percorso da liberi professionisti – sottolinea Alberto Oliveti, presidente dell'Enpam -.

Il nostro prestito d'onore, che presenta condizioni particolarmente agevolate, permetterà in sostanza a tutti i futuri camici bianchi di partire economicamente alla pari nella costruzione del proprio futuro professionale” conclude Oliveti. I prestiti verranno concretamente concessi da Banco Bpm o dalla Banca Popolare di Sondrio, i due istituti di credito che si sono aggiudicati il bando per l'affidamento dei servizi bancari per l'Enpam. I giovani camici bianchi che richiederanno fino a 120mila euro potranno restituirli in 60 mesi, dopo un periodo di preammortamento di 12 mesi.

Per le altre due categorie di soggetti interessati, cioè studenti e laureati in formazione, il piano di rientro è fissato invece in 48 mesi, dopo 30 mesi di preammortamento. L'Enpam si accollerà gli interessi fino a un tetto massimo, ma una delle due banche ha già fatto sapere che non eccederà questo limite, consentendo quindi agli iscritti di non pagare nulla nella fase di preammortamento. Tra i requisiti fondamentali per accedere al prestito d'onore c'è quello di essere in regola con i contributi previdenziali.

Le domande potranno essere presentate tramite **l'area riservata del sito dell'Enpam** dalle ore 12 del 28 giugno fino alle 12 del 15 ottobre. Le risposte arriveranno entro i 60 giorni successivi alla scadenza. Tutti i dettagli sul bando relativo ai prestiti d'onore sono consultabili sulla **sezione “Come fare” per del sito dell'Enpam**. Dopo aver inaugurato i nuovi prestiti d'onore, l'ENPAM ha aperto anche il nuovo bando per tornare ad assegnare mutui ipotecari per l'acquisto della prima casa o dello studio professionale.

## *Tassi in calo per i mutui Enpam 2024*

La novità di quest'anno sono i tassi d'interesse in diminuzione rispetto al 2023, non solo per le mutate condizioni finanziarie globali, ma soprattutto per un taglio sostanzioso dello spread applicato dall'Enpam.

### **ACCESSIBILITÀ**

Il nuovo bando mutui 2024 è rivolto a tutta la platea di iscritti alla Fondazione. Medici, dentisti e persino stu-

denti universitari, possono chiederne uno per acquistare o ristrutturare una prima casa o il proprio studio professionale, oppure sostituire un mutuo già esistente. Si tratta di una grande opportunità soprattutto per i giovani che, per condizioni patrimoniali o di reddito, non potrebbero accedere ai normali mutui bancari non avendo garanzie sufficienti da presentare.

“La casa non è solo il primo luogo di cura, come da medici diciamo per i pazienti, ma è anche il primo luogo di cittadinanza – commenta il presidente dell'Enpam Alberto Oliveti -. Credo quindi che dare ai professionisti la possibilità di comprare la prima casa in Italia significhi ancorarli al Paese in cui vivono”.

### **REQUISITI**

I requisiti principali per fare richiesta di un mutuo Enpam consistono nell'aver almeno un anno di anzianità d'iscrizione, essere in regola con i contributi e non avere altri finanziamenti in corso con la Fondazione. Dal punto di vista economico viene valutato il reddito medio degli ultimi tre anni dell'intero nucleo familiare, con condizioni di particolare favore per gli iscritti ai corsi di formazione in medicina generale e alle scuole di specializzazione.

### **PROCEDURA**

Si può fare richiesta tramite l'area riservata di Enpam.it dalle ore 12 di oggi 28 giugno fino alle ore 12 del 30 settembre 2024. Le domande ritenute idonee saranno istruite e processate secondo l'ordine cronologico di presentazione, cioè senza aspettare la chiusura del bando, fino all'esaurimento degli stanziamenti. L'esito della domanda viene comunicato entro 60 giorni lavorativi dalla data della sua presentazione. Tutti i dettagli sui mutui per prima casa e studio professionale sono consultabili sulla sezione “Come fare per” del sito dell'Enpam.

