

# VERONA MEDICA

**Trimestrale di informazione medica**

In questo numero:

**Medicina di Famiglia:  
dipendenti o liberi professionisti? ..... pag. 4**

**Le difficoltà nella relazione di cura:  
esperienze, vissuti, proposte per il miglioramento ... pag. 19**

**Roberto Massalongo tra riforme ospedaliere,  
salute pubblica e riflessioni storiche ..... pag. 38**

**Requisiti per la pensione ENPAM 2025 ..... pag. 46**

## VERONA MEDICA

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

Anno LX n. 1 MARZO 2025

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

Roberto Mora, Giulio Rigon,  
Franco Del Zotti, Stefano Bortoletti

#### Consiglio Direttivo

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

#### Consiglieri

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

#### Revisori dei Conti

Vania Teresa Braga, Francesca Moretti

#### Revisore dei Conti Supplente

Stefano Bortoletti

#### Commissione Odontoiatri

Luca Buono, Richardo Frech Rio Guglielmi,  
Andrea Marchetti, Michela Perina.

#### Fotocomposizione e Videoimpaginazione

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

#### Foto di Copertina

Mercatini  
Roberto Mora

### INSERZIONI PUBBLICITARIE SU VERONA MEDICA

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

## EDITORIALE

**4** *Medicina di Famiglia: dipendenti o liberi professionisti?*

## NOTIZIE DALL'ORDINE

**6** *Verbali del Consiglio e delle Commissioni*

**11** *Lettera dal Presidente*

## ALBO ODONTOIATRI

**12** *Verbali della Commissione Odontoiatri*

## LETTERE

**14** *Breve storia della Madrugada e del suo sviluppo*

## BIOETICA E MEDICAL HUMANITIES

**19** *Le difficoltà nella relazione di cura nelle cure primarie: esperienze, vissuti, proposte per il miglioramento*

## PROFESSIONE E LEGGE

**24** *Esercizio abusivo della professione medica e/o odontoiatrica*

**24** *Copertura assicurativa*

**26** *Più opportunità e più soldi per gli specializzandi*

**27** *Medicina generale, non c'è più incompatibilità tra scuola e incarichi*

**27** *Legge di bilancio 2025: ecco le principali novità*

**29** *Obbligo di fatturazione elettronica, ultime settimane per adeguarsi*

**30** *Fattura cartacea addio, ma il sistema TS resta*

## ATTUALITÀ

**31** *Cittadinanza per "Ius sanguinis" e "Ius scholae"*

**33** *Covid, Iss: Il lockdown ha funzionato, frenò la diffusione.*

**34** *Morbillo: Iss, nel 2024 superati i mille casi, 90% in non vaccinati*

**35** *Sondaggio: promossi i medici di famiglia, Asl bocciate*

**36** *Sondaggio FIMMG Formazione: i medici di famiglia preferiscono rimanere liberi professionisti.*

**36** *Silvio Garattini e le sue affermazioni sulla campagna vaccinale Covid: lo sconcerto di FIMMG Bergamo*

## STORIA DELLA MEDICINA

**38** *I padri veronesi della medicina. Rassegna storico-etica La figura di Roberto Massalongo tra riforme ospedaliere, salute pubblica e riflessioni storiche*

**42** *Lo Smeraldo: Rivista letteraria e di cultura*

## ENPAM

**45** *Medici di famiglia lavativi. O forse no?*

**46** *Requisiti per la pensione ENPAM 2025*

**49** *La quota B rende più del Btp*

**52** *SANITÀ INTEGRATIVA: tutele e bonus per chi si iscrive a SaluteMia*

**53** *Salute digitale su misura e sempre in tasca*

## SINDACATI MEDICI

**54** *Rinnovo Esecutivo FIMMG Verona Assistenza Primaria*

**54** *Rinnovo Segreteria Regionale FIMMG Veneto*

**55** *Dipendenza o Convenzione?*

## 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.

# Medicina di Famiglia: dipendenti o liberi professionisti?

Negli ultimi tempi si parla sempre più spesso della riforma della Medicina di Famiglia.

I pareri sono discordi tra chi si dice d'accordo e chi invece è contrario.

Favorevoli, mi pare di capire, tanti giovani Medici di Famiglia, entrati da poco in convenzione. Contrari quelli più anziani, che sembrano preoccupati per la tenuta del nostro istituto previdenziale, l'ENPAM.

Il cui Presidente, il Dr. Alberto Olivetti, ha affermato che se una tale riforma passasse, portando la contribuzione previdenziale dei nuovi Medici di Famiglia nell'INPS, la sostenibilità delle pensioni ENPAM ne potrebbe risentire.

Con l'attuale sistema il paziente sceglie il medico di fiducia e questo, per ogni assistito che l'ha scelto, percepisce una quota di 3,51 euro al mese per ogni paziente sotto i 75 anni ed un extra di 2,59 euro al mese se il paziente ne ha più di 75; il tutto per 12 mensilità l'anno.

Con quello nuovo, il medico che entra in convenzione percepirebbe uno stipendio mensile fisso, e come dipendente avrebbe tutti i benefici previsti da tale rapporto: tredicesima mensilità, contributi previdenziali, ferie e malattia garantite e pagate dal SSN e TFR alla fine servizio.

Vantaggi questi che non sono appannaggio dell'attuale rapporto convenzionale.

Non solo, ma dal momento che il medico dipendente, non è più un imprenditore i vantaggi comprenderebbero anche il fatto che non sarebbero più a suo carico le spese per la gestione dello studio medico (locazione, spese energetiche, telefonia, connessioni alle reti web, attrezzature diagnostiche, arredamenti, pulizie, spese per il personale dipendente come la segretaria e l'infermiere, etc. etc.).

Insomma un bel vantaggio non solo in termini di spesa, ma anche di minori

crucchi per la loro gestione.

Unici svantaggi che le ore da dedicare alla professione diventano fisse a 38 ore settimana, mentre ora quelle sono di meno e sono legate al numero di assistiti in carico, ed il fatto che la scelta del periodo di ferie, la si dovrà concordare con il datore di lavoro. Perché, per evitare che a ferragosto i medici di famiglia siano tutti in ferie

e che la gente non sappia a chi rivolgersi, si dovrà concordare quel periodo con la ASL.

Il ché, ad esaminarlo bene, è un vantaggio se si pensa che a faticare le classiche sette camicie per trovare il medico disposto a sostituirli, non sarebbe più compito del Medico dipendente ma dell'ASL.

Ai miei tempi il numero dei medici che entravano in convenzione era calcolato sulla base della popolazione da assistere. Entrava un medico ogni 1000 assistibili (questo è calcolato sul numero della popolazione detratto quello dei pazienti che andranno in carico al pediatra di libera scelta).

Chi entrava in convenzione aveva possibilità di acquisire 1500 scelte.

Così che se nel paese tal dei tali la popolazione assistibile era di 3000 persone, entravano in convenzione 3 medici; e se due di questi erano bravi e disponibili ed acquisivano 1500 pazienti a testa, il terzo medico, che bravo e disponibile lo era meno, restava senza lavoro (e senza stipendio).

Adesso le cose non stanno più così.

Chi entra in convenzione, oggi, si ritrova quasi subito al massimale di 1500 scelte (è cambiato il modo di calcolare il numero di persone da assistere che rende possibile l'inserimento di un nuovo medico), e siccome di me-



dici non ce ne sono, il paziente non ha possibilità di scelta ed è costretto a tenersi quel medico che gli hanno assegnato, anche se poi non riesce mai a contattarlo (non dico incontrarlo, perché dopo il Covid mi dicono che la cosa è diventata decisamente difficile).

Con tutto vantaggio, questo, del farmacista e della sua "farmacia dei servizi" che invece è sempre aperta, disponibile e raggiungibile e che vede i suoi affari in costante crescita.

Insomma una serie di vantaggi per il rapporto fisso per cui faccio fatica a non dare ragione ai medici giovani.

E faccio fatica a capire le ragioni dei medici più anziani, che, anche se hanno ragione a preoccuparsi per la tenuta dell'ENPAM, dovrebbero pensare che già ora si ritrovano ad avere tutti gli obblighi del dipendente, senza averne i vantaggi.

Poi mi viene in mente che non sono più in servizio, e che la cosa la devo vedere come cittadino e contribuente. E mi domando: ma un tale passaggio, dalla libera professione convenzionata alla dipendenza con tutte le spese che elencavo sopra, ci costerà veramente meno o non sarà l'ennesima spesa che farà virare verso il profondo rosso il già magro bilancio del nostro SSN?



Mi dicono che nasceranno le Case di Comunità, una ogni 40-50.000 abitanti, per la creazione delle quali abbiamo già incassato i contributi del PNRR.

Che saranno posti dove il medico avrai la possibilità di incontrarlo a tutte le ore del giorno. Che anche se non sarà proprio quello di cui ti fidavi e che avevi scelto, sarà uno che comunque sarà disponibile ed in servizio. Perché a lavorarci dalle 8.00 alle 20.00 ci saranno tutti i medici di famiglia inseriti in quel distretto territoriale, che si turneranno secondo un'agenda comune e condivisa, mentre di notte, dalle 20.00 alle 8.00 del mattino successivo, ci sarà il Medico di Continuità Assistenziale che magari sarà quello più

giovane del gruppo, e che siccome non ha raggiunto ancora il suo massimale di assistiti è tenuto fare i turni notturni e festivi.

Mi domando che fine faranno, tutti quei piccoli ambulatori disseminati nei nostri paesini di montagna, dove gli assistiti sono così pochi che per l'ASL non sarà più conveniente mantenerli aperti e dotarli di personale ed attrezzature.

Per finire, non vi so proprio dire se questa riforma porterà più benefici ai medici o ai pazienti.

Se sarà in grado di sanare le tante pecche dell'attuale sistema di gestione della medicina territoriale.

Se il male di quello attuale possa veramente essere sanato cambiando il

rapporto tra medici di famiglia e SSN. Se trasformando questi da liberi professionisti a dipendenti le cose si aggiusteranno ed il servizio migliorerà.

La mia impressione è che questa trasformazione non sarà in grado di cambiare i veri motivi della crisi della medicina di famiglia che dipendono a mio avviso dall'attuale peso della burocrazia (sempre in aumento) e dal sempre minor numero di medici disponibili a dedicarsi a questa professione.

Se la riforma passerà, per sapere se le cose stanno migliorando o peggiorando, penso che dovrò monitorare l'umore del mio farmacista.

ROBERTO MORA

## CODICE DEONTOLOGICO 2024

### Art. 70

#### Qualità ed equità delle prestazioni

*Il medico non assume impegni professionali che comportino un eccesso di prestazioni tale da pregiudicare la qualità della sua opera e la sicurezza della persona assistita.*

*Il medico deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno e i requisiti degli ambienti di lavoro non incidano negativamente sulla qualità e la sicurezza del suo lavoro e sull'equità delle prestazioni.*

# Verbali del Consiglio e delle Commissioni

**VERBALE DELLA RIUNIONE  
DI CONSIGLIO DEL  
6 NOVEMBRE 2024**

**Convocazione ore 20.30 online  
su piattaforma Zoom**

**Presenti, Consiglieri:** C. Rugiu,  
A. Tomezzoli, C. Pastori,  
G. Accordini, G. Carrara,  
S. Bellamoli, L. Formentini,  
F. Bertaso, A. Elio, F. Facincani,  
A. Musso, F. Orcalli, E. Boscagin,  
U. Luciano

**Revisori dei conti:** V. Braga,  
M. Barbetta

**Funzionaria Amministrativa:**  
R. Maffioli

**Assenti:** L. Cordioli, F. Gobbi,  
A. Guglielmi, P. Cirillo

## 1) Comunicazioni del Presidente

Il Presidente chiede l'approvazione per una erogazione liberale di 1000 euro all'associazione "Senza ali e senza rete" per la pubblicazione di un libro contro la violenza di genere. Il contributo dell'ordine sostiene l'iniziativa nel ricordo delle colleghe oggetto di violenza durante il servizio. La richiesta viene approvata all'unanimità.

Il Presidente cede la parola alla consigliera tesoriere dott.ssa Pastori che presenta i prossimi punti all'ordine del giorno

## 2) Piano triennale Prevenzione e corruzione

Il dott. Accordini responsabi-

le anticorruzione e trasparenza presenta il piano triennale prevenzione e corruzione triennio 2024-2026. Il consiglio approva.

## 3) TFR dipendenti

Il tesoriere propone di modificare l'assicurazione effettuata per la salvaguardia del TFR dei dipendenti chiedendo la riscossione di tutte le polizze in essere per poi effettuare un nuovo contratto con AXA che comporterà costi inferiori.

La proposta viene approvata all'unanimità.

## 4) Variazioni bilancio preventivo 2024

Il Tesoriere sottopone all'attenzione del Consiglio Direttivo alcune variazioni che ritiene necessario apportare al Bilancio Preventivo 2024.

Le risorse per finanziare le variazioni di bilancio di seguito descritte sono sufficienti e si rendono necessarie per il mantenimento e la salvaguardia degli equilibri di bilancio.

Agli assestamenti che seguono si è provveduto mediante utilizzo del Fondo di riserva per spese previste con stanziamenti insufficienti:

- Incremento di euro 1.500,00 (millecinquecento/00) del capitolo U-1-06-003 per il l'acquisto di buoni pasto per i dipendenti;
- Incremento di euro 4.000,00 (quattromila/00) del capitolo U-1-10-003 per sostenimento spese-procedure informatiche;
- Incremento di euro 1.000,00 (mille/00) del capitolo U-1-12-001 Imposte, tasse tributi e bolli
- Incremento di euro 11.000,00 (undicimila/00) del capitolo U-1-14-004 Quota FNOMCEO su tassa annuale di iscrizione.

Le variazioni di bilancio vengono approvate all'unanimità.

## 5) Lettura e approvazione bilancio preventivo 2025

Care Colleghe e cari Colleghi, in qualità di Tesoriere dell'Ordine, sottopongo al Vostro esame e alla Vostra approvazione il bilancio preventivo dell'esercizio 2025. Per rendere esecutivo il conto preventivo dell'anno prossimo, lo stesso deve essere sottoposto all'approvazione dell'Assemblea generale degli Iscritti all'Albo entro il

31 dicembre 2024, anno precedente a quello cui si riferisce.

La previsione che vado a sottoporvi, si basa su uno stretto monitoraggio delle varie voci consentendo di soddisfare sia le esigenze istituzionali, per quanto possibile con efficienza ed economicità, nonché di programmare attività diverse nel corso dell'anno da offrire agli iscritti.

Tutte le previsioni di uscita e di entrata sono state effettuate sulla scorta dei dati storici in nostro possesso, utilizzando criteri prudenziali, non essendo sempre possibile avere una previsione certa di alcune voci della gestione che possono variare in corso dell'anno per il sopraggiungere di nuove esigenze, anche imprevedute.

Il preventivo che ora analizzeremo prevede un pareggio di bilancio tra entrate ed uscite relative all'anno di riferimento senza ricorrere all'utilizzo dell'avanzo di amministrazione. Questi risultati mostrano una corretta gestione economica di un ente come il nostro sussidiario dello Stato che non ha scopo di lucro.

Nell'analisi dei vari capitoli che mi accingo ad effettuare sottolineerò in particolare quelli caratterizzati da grandi differenze rispetto al consuntivo 2023 al quale farò riferimento essendo l'ultimo bilancio approvato dal Consiglio e dall'Assemblea.

## TOTALE COMPLESSIVO DEI TITOLI ENTRATE € 1.274.383

### • Entrate correnti: € 1.117.083

o Contributi associativi:

**€ 1.099.083** quote annuali di iscrizione, calcolati in base al numero presunto degli iscritti al 31/12/2025. Al momento attuale gli iscritti sono 7190 (6503 medici, 1077 odontoiatri, 390 doppi iscritti), nel corso del 2025 se ne prevedono circa 200 nuovi, si prevede inoltre di recuperare ancora delle quote degli anni precedenti che comunque sono in netta diminuzione a seguito del grande lavoro da parte della nostra segreteria. In questa voce sono contabilizzate anche le quote che l'Ordine incassa e riversa alla FNOMCeO pari a € 23 per ogni iscritto.

- o Entrate per la prestazione di servizi: **€3.000** tasse per i pareri di congruità e di iscrizione.
- o Poste correttive e compensative ruoli: **€15.000** contributi da parte della FNOMCeO per i corsi di aggiornamento e da parte dell'ENPAM per le consulenze svolte dalla segreteria sulle pratiche pensionistiche.
- **Entrate per partite di giro: € 157.300**  
Sono le transazioni attuate dal nostro ente per conto di altri soggetti in assenza di discrezionalità ed autonomia decisionale da parte dell'Ordine: trattenute contributive ed erariali effettuate al personale dipendente o ai lavoratori autonomi che prestano servizi e consulenze all'Ordine, che saranno poi oggetto di riversamento in qualità di sostituto d'imposta ed IVA derivante dalla scissione dei pagamenti (split payment). Questa voce la ritroveremo anche nelle uscite.

### TOTALE COMPLESSIVO DEI TITOLI USCITE € 1.274.383

- **Spese correnti: € 945.586**
  - o Spese per gli organi istituzionali **€140.100**: fanno parte di questo capitolo le assicurazioni, i rimborsi spese per la partecipazione ad assemblee, riunioni ed eventi istituzionali, i gettoni di presenza per i Consiglieri, le indennità di carica per i componenti del Direttivo, il compenso per il Presidente del Collegio dei revisori dei Conti. La differenza di - €11.178 rispetto al consuntivo 23 è spiegata dal fatto che nell'esercizio in chiusura 2024 le spese sostenute per questa voce sono diminuite rispetto al 2023 e di conseguenza si è ritenuto di prevedere un minor stanziamento per il 2025. Entrate per la prestazione di servizi: €3.000 tasse per i pareri di congruità e di iscrizione.
  - o Spese di rappresentanza **€25.000**: le spese per la giornata del Medico e dell'Odontoiatra e i necrologi con una differenza con il consuntivo 2023 di - €7000. Nel 2023 si erano spesi euro 4750 per acquisto di distintivi con logo

- e in più altre erogazioni liberali. Nell'ottica del bilancio in pareggio per il 2025 è stata ridotta questa voce di spesa.
- o Convegni e congressi **€15.000**: corrispondono alle spese di accredito per lo svolgimento di numerosi eventi formativi; uno degli obiettivi dell'ordine è quello di promuovere e fornire agli iscritti eventi formativi per garantire un adeguato aggiornamento e formazione, nonché per ottemperare agli obblighi previsti dal regolamento nazionale sulla formazione professionale continua obbligatoria. La differenza con il consuntivo 2023 è di circa -6.000 € a seguito della previsione per il nuovo anno di un minor numero di corsi rispetto a quell'anno in cui si sono tenute numerose iniziative essendo stato il periodo post pandemia.
- o Spese pubblicazione bollettino ed abbonamenti riviste **€6.000** Bollettino online Verona medica ed abbonamento riviste digitali (L'Arena, Il Corriere).
- o Spese per il personale **€318.000**: stipendi, buoni pasto, indennità per la partecipazione a corsi di aggiornamento, contributi INPS, IRAP ed INAIL a carico dell'ente. Si sottolinea una differenza di + €21.000 rispetto al consuntivo 23 dovuto al fatto che sono stati mantenuti gli stessi stanziamenti previsti per il 2024 che tengono conto del contributo Enpam erogato in parte ai dipendenti, dell'incremento del valore dei buoni pasto e dell'aumento di livello della dipendente Pasqualotto.
- o Visite mediche periodiche per il personale **€ 2.500**
- o Oneri e compensi per speciali incarichi **€76.000**: l'Ordine si avvale della consulenza di diversi professionisti per la sua corretta gestione, in particolare di: consulente del lavoro, commercialista, avvocato, DPO, giornalista. Sono compresi in questa voce i contributi INPS ed IRAP sulle collaborazioni.
- o Spese per la sede **€43.500**: spese condominiali, utenze, assicurazione dell'immobile, pulizie e manutenzione.

- o Spese funzionamento, acquisto beni consumo, servizi, manutenzioni, noleggio materiali **€76.500**: cancelleria, noleggio delle stampanti, assistenza e manutenzione procedure informatiche (TECSIS), spese servizi audiovisivi e noleggio materiale tecnico.
- o Spese postali, telefoniche, internet, sito **€ 32.000**: raccomandate, bollette telefoniche, manutenzione del sito e caselle PEC in essere.
- o Oneri tributari **€8.000**: IRAP che l'Ente è tenuto a versare in base all'ammontare delle retribuzioni erogate, oltre ai tributi riferiti alla TARI, all'imposta di bollo e di registro.
- o Oneri finanziari **€24.385**: riferiti ai costi da sostenere per la gestione del conto corrente bancario e agli interessi passivi del mutuo per l'acquisto della sede, la quota capitale compare in un'altra voce. La differenza di +22.270,96 è spiegata dal fatto che nel 2023 gli interessi del mutuo erano contabilizzati nella voce estinzione di mutui ed anticipazioni assieme alla quota capitale.
- o Poste correttive e compensative entrate correnti **€168.000**: corrispondono alle quote di iscrizione non dovute e ai costi di emissione dei ruoli, cioè le commissioni dovute per l'incasso delle quote annuali degli iscritti. Rientrano in questo capitolo anche le quote annuali che l'Ordine deve versare alla FNOMCeO per ogni iscritto, in quanto esse costituiscono un costo poiché vengono versate anche per quei colleghi che non pagano la quota perché morosi o perché esonerati (collegi con 50 anni di laurea, invalidi).
- o Spese non classificabili in altre voci **€0**
- o Fondi di riserva per stanziamenti insufficienti: **€ 10.601**: fondo di riserva spese impreviste o straordinarie, nel consuntivo 2023 corrispondeva a 0 in quanto utilizzato per sopravvenute ed inderogabili variazioni di bilancio. Questa voce viene quindi quantificata prudenzialmente in caso di future sopravvenute inderogabili spese non previste o diversa-

mente preventivate.

- **Spese in conto capitale: €171.497**

- o Spese per beni patrimoniali €2.000 ripristino immobile

- o Spese per immobilizzazioni tecniche €7.000: macchine, mobili e procedure informatiche.

- o Accantonamento indennità anzianità e similari €10.000: assicurazione per il TFR dei dipendenti. Gli importi da versare all'assicurazione vengono decisi di anno in anno. Nel 2023 sono stati versati euro 5666,63 nel 2024 ancora nulla.

- o Estinzioni mutui €152.497 quota capitale del mutuo per l'acquisto della sede, la differenza di -€ 21.000 si riferisce al fatto che ora non sono più contabilizzati in questa voce gli interessi mutati, ma come detto inseriti tra gli oneri finanziari.

- **Uscite per partite di giro: €157.300**

Il bilancio preventivo 2025 viene approvato all'unanimità.

Il Consiglio termina alle ore 21.30.

## VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DELL'11 DICEMBRE 2024

### Convocazione ore 20.00 Sala Consiglio

**Presenti, Consiglieri:** C. Rugiu, L. Cordioli, A. Tomezzoli, C. Pastori, G. Accordini, G. Carrara, A. Guglielmi, S. Bellamoli, L. Formentini, F. Bertaso, A. Elio, F. Facincani, F. Orcalli.

**Revisori dei conti:** P. Cirillo, V. Braga

**Funzionaria Amministrativa:** R. Maffioli

**Assenti:** A. Musso, F. Gobbi, E. Boscagin, U. Luciano, M. Barbetta

### 1) Comunicazioni del Presidente

Il Presidente ringrazia tutti i presenti facenti parte del consiglio uscente per il lavoro prestato durante questi 4 anni.

Inoltre si congratula per il risultato elettorale con coloro che continueranno l'attività all'interno dell'Ordine. Il Presidente relaziona brevemente in merito all'assemblea nazionale di ENPAM e invia a tutti i componenti del consiglio la relazione sul bilancio del Presidente Oliveti.

### 2) Iscrizioni e cancellazioni

#### ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

##### MEDICI CHIRURGHI

#### Prima Iscrizione:

Dott.ssa AMATI Michela  
Dott. BERGAMINI Leonardo  
Dott. BONZAGNI Pietro  
Dott.ssa BRONZATO Silvia  
Dott.ssa CARBOGNIN Chiara  
Dott. D'AVINO Nando Rosario  
Dott.ssa DI BARI Silvia  
Dott. ssa EN-NADIRY Kaouthar  
Dott. FERRON Francesco  
Dott.ssa PERNIGOTTI Alessia  
Dott.ssa POSENATO Gaia  
Dott.ssa PREALTA Chiara  
Dott.ssa RIZZI Francesca  
Dott.ssa ZLOI Natalia

#### Reiscrizione:

Dott. BEVILACQUA Luigi  
Dott. LOMBARDI Fiorenzo

#### Iscrizione per trasferimento:

Dott. BONGIOVANNI Giulio Da Omceo Vicenza  
Dott.ssa CINCIEVA Vasilka da Omceo Brescia  
Dott.ssa LAMBERTENGHI Lorenza da Omceo Brescia  
Dott. ZANGHI' Michelangelo da Omceo Messina

#### Cancellazioni per decesso:

Dott.ssa ADAMI Lina  
Prof. ANCONA Giusto  
Dott. BATTISTONI Giuliano  
Dott. BONETTI Alessandro  
Dott. BOVO Paolo 17/06/1947  
Dott. MUSURACA Giovannino  
Prof. OTTOLENGHI Alberto  
Dott. VICENTINI Alfredo

#### Cancellazioni su richiesta:

Dott. BOVOLIN Francesco  
Dott. GOSTIMIR Nebojsa  
Dott. SCHIERA Francesco Paolo

#### Cancellazione per trasferimento:

Dott. HILA Dritan Vs Omceo Bari

#### Riconoscimento inserimento elenco psicoterapeuti:

Dott.ssa BARBIERI Nila  
Dott.ssa MOLINARI Licia  
Dott. ZANETTE Giovanni

#### ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

##### ODONTOIATRI

#### Prima Iscrizione:

Dott.ssa GUALTIERI Miriana  
Dott.ssa MURESAN Diana Andreea  
Dott. STEVANIN Jacopo

#### Cancellazioni su richiesta:

Dott. BEVILACQUA Luigi  
Dott. BENETTI Roberto  
Dott. TIVELLI Alberto

### 3) Variazione proposta compensi scrutatori effettivi e supplenti

La Tesoriera dott.ssa Pastori illustra al consiglio la proposta che prevede un aumento dei compensi per gli scrutatori effettivi e supplenti che hanno fatto parte della commissione elettorale: in particolare il propone che il compenso del Presidente sia 4000 euro (il precedente compenso era 3000 euro), quello per gli scrutatori e il segretario sia 3000 (il precedente compenso era 2500 euro) e quello per i componenti supplenti sia di 500 euro (il precedente compenso era 250 euro).

Le variazioni proposte vengono approvate all'unanimità.

### 4) Varie ed eventuali

Il Vicepresidente dott. Cordioli relaziona al consiglio di aver partecipato ad una iniziativa organizzata dall'Associazione Culturale Quinta Parete che si occupa di cure palliative pediatriche e chiede di poter fare come Ordine una donazione allo stesso gruppo. Si apre una discussione dopo la quale a maggioranza il consiglio decide di non elargire la donazione perché non rientra nei compiti istituzionale dell'Ordine.

Il consigliere dott. Orcalli invita tutti presenti sabato 14 dicembre al convegno organizzato dalla commissione

aggiornamento dal titolo "EPICRISI DELLE MISURE DI CONTRASTO CONTRO LA PANDEMIA DA COVID-19" e, ricordando che si terrà in modalità mista, raccomanda caldamente la presenza.

Il Consiglio termina alle ore 21.00.

### VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 22 GENNAIO 2025

#### Convocazione ore 20.00 Sala Consiglio

**Presenti:** A. Guglielmi, G. Rigon, A. Tomezzoli, C. Caterina, G. Accordini, D. Brunelli, L. Buono, G. Carrara, R. Castellani, P. Cirillo, M. Corbellini, L. Cordioli, I. Dal Dosso, A.M. Musso, F. Orcalli, M. Perina, S. Bortoletti,

**Assenti:** G. Petrilli, V. Braga, F. Moretti.

#### 1) Comunicazioni del Presidente

- a) Il Presidente Comunica ai consiglieri il calendario delle prossime riunioni di consiglio, che si terranno ogni terzo mercoledì del mese alle ore 20.00, salvo imprevisti per eventuali assemblee e riunioni concomitanti della Commissione di disciplina. Comunica che il 25 del mese di gennaio sarà a Roma per le elezioni in FNOMCeO Comitato Centrale.
- b) Chiede a tutti i consiglieri di sottoscrivere l'atto di nomina ai fini del trattamento dei dati personali, dove sono elencate prerogative e poteri di ogni consigliere, ai fini dell'espletamento dell'incarico.
- c) Con riferimento alle elezioni ordinarie, ormai svolte e concluse, il Presidente osserva che è ora necessario per tutto il Consiglio operare come organismo collegiale in favore e nei confronti di tutti gli iscritti, invitando ognuno a cessare polemiche di parte, e invita tutti i consiglieri ad operare solo per il bene dell'Ordine di Verona, che deve essere la casa di

tutti gli iscritti.

- d) Ricorda che sono stati notificati all'Ordine e a molti dei consiglieri, due ricorsi avanti alla Commissione centrale contro le operazioni elettorali: uno è stato notificato a tutti i consiglieri, ai revisori dei conti e ai membri della Cao, l'altro è stato notificato a tutti i consiglieri medici e ai revisori dei conti. I ricorsi non appaiono peraltro fondati, ma coinvolgendo pressoché tutti i consiglieri eletti, il Presidente dichiara che ritiene necessario ed opportuno intende resistere ad entrambi, con il massimo impegno, a salvaguardia dell'Ordine. Per questo propone di conferire un incarico agli avvocati Gobbi e Scramoncin, per costituirsi con memorie difensive nei due ricorsi, e per difendere l'Ordine avanti alla Commissione Centrale. La proposta ed il conferimento dell'incarico ai legali vengono approvati all'unanimità
- e) Il Presidente ricorda inoltre che anche le recenti pec arrivate creano un clima di destabilizzazione rallentando l'operatività di tutto il Consiglio e del Direttivo. Ritiene utile ricordare che sia i consiglieri sia il personale debbono seguire le regole di funzionamento del Consiglio e di gestione delle pratiche ordinarie. Fa presente che la predisposizione dell'ordine del giorno è prerogativa di Presidente e Segretario, e non del personale di segreteria, e che la discussione di eventuali ulteriori argomenti, rispetto all'ordine del giorno, va chiesta tempestivamente dai consiglieri, Ricorda che le sedute del Consiglio non sono pubbliche, che non possono essere registrate, e che quanto viene discusso in seno al Consiglio è riservato, e non deve essere divulgato all'esterno, involgendo anche posizioni soggettive di terzi, e o interessi dell'Ordine, e che di norma i verbali delle riunioni che verranno pubblicati, conterranno delle omissioni necessarie.
- f) Il Presidente chiede se qualcuno abbia qualcosa da aggiungere,

e il dottor Luca Buono chiede se sia stata vagliata la eventuale incompatibilità di un consigliere eletto rispetto al decreto legislativo n. 39/2013. Il Presidente dichiara che ciò è precisamente oggetto di uno dei ricorsi proposti, e che comunque, ancora nel dicembre 2024 l'Ordine aveva chiesto un parere a FNOMCEO, che, in persona del suo Presidente, aveva emesso parere scritto ove escludeva eventuali incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39/2013 per la posizione di quel consigliere.

#### 2) Iscrizioni e cancellazioni

##### ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

##### MEDICI CHIRURGHI

###### Prima Iscrizione:

Dott.ssa ATZEI Anna  
Dott.ssa BAZZARO Arianna  
Dott.ssa CONATO Cristina  
Dott. FACCINI Andrea  
Dott. GIRARDELLI Nicolò  
Dott. MENA LLOREDA Edilbert Alexander  
Dott.ssa MUCO Ada  
Dott.ssa QUARATINO Benedetta

###### Reiscrizione:

Dott. DEMONTE Sandro

###### Cancellazioni per decesso:

Dott. AGNELLO Vincenzo  
Dott. PETTENUZZO Roberto

###### Cancellazioni su richiesta:

Dott. ECCHER Mario Valdimiro  
Dott.ssa MORINI Vanna  
Dott. RAMPONI Claudio

###### Cancellazione per trasferimento:

Dott.ssa BUGNOLA Serena Vs Omceo Vicenza  
Dott. ssa FUSINA Federica Vs Omceo Brescia  
Dott.ssa GASPARINI Veronica Vs Omceo Brescia  
Dott. MEGIGHIAN Giovanni Dicran Vs Omceo Pordenone  
Dott. RIZZI Riccardo Vs Omceo Firenze

## ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

### ODONTOIATRI

#### **Prima Iscrizione:**

Dott.ssa LARGHESINI Natasha  
Dott. MARKOVIC Stojan  
Dott. MOTTA Pierfrancesco  
Dott.ssa PORFIDO Roberta

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

Dott. COSTANTINI Marco  
Dott. DAMA Marco  
Dott. KIRSCH Robert  
Dott. MANGO Giuseppe  
Dott. ONORATO Alfredo  
Dott. TODESCHINI Alberto  
Dott. ZAFFAGNI Carlo Cesare  
Dott. ZERAZION Beyene

#### **3) Lettura e approvazione del verbale precedente consiglio dell'11 dicembre 2024**

Il verbale viene approvato all'unanimità.

#### **4) Nomina e rinnovo commissioni e referente Privacy**

Viene nominata la dottoressa Anna Tomezzoli come referente privacy e GDPR, che si interfacerà con l'avvocata Boschello DPO dell'Ordine.

#### **5) Nomina dei referenti delle commissioni ordinistiche**

Il Presidente chiede al Consiglio la nomina dei referenti delle Commissioni, i quali al prossimo Consiglio porteranno i nominativi dei componenti:

Commissione Medicine Complementari: Dott. Petrilli, Dott. Corbellini  
Commissione Psicoterapeuti: Prof. Guglielmi.

Commissione Giovani medici neo abilitati e specializzandi: Dott.ssa Tomezzoli, Dott. Bortoletti

Commissione Territorio Ospedale/Università: Dott. Orcalli

Commissione Rapporti con la Libera Professione: Dott. Carrara

Commissione Pareri di Congruità: per Albo Medici Dott. Cordioli-Carrara per Albo Odontoiatri Dott. Guglielmi Rino

Commissione Iscrizione CTU: Dott. Orcalli – Dott. Buono

Commissione Telemedicina e IA: Dott. Brunelli, Dott. Rigon

Commissione Salute e Ambiente dott. Cirillo

Commissione Pubblicità Dott. Cordioli, Dott. Frech, Dott. Guglielmi

Comitato di Bioetica

Il sito Newsletter viene seguito dalla dott.ssa Laura Perina

La prova di Italiano per le nuove iscrizioni: Dott. Cordioli

Il Presidente informa il Consiglio della necessità di incontrare il Dott. Bonadonna per verificare insieme la possibilità di unificare l'attuale commissione bioetica ordinistica con quelle presenti un AOUI e Ulss 9; questa necessità si ravvede nella possibilità che il giudizio della commissione potrebbe essere sempre più richiesto per il percorso di fine vita. Sull'argomento il Presidente riferirà dopo l'incontro.

#### **6) Rinnovo giornalista**

A margine delle scelte per le commissioni il Presidente chiede di confermare per l'anno 2025 l'attuale contratto in corso con la giornalista Laura Perina come referente per l'Ordine dei Medici di Verona con lo stesso importo dell'anno precedente; il consiglio approva all'unanimità.

#### **7) Nomina Revisore dei Conti**

Il Presidente introduce la Dott.ssa Pastori per la nomina del Presidente Revisori dei conti; al 31/12/24 sono pervenute all'Ordine di Verona due candidature; il consiglio discute la questione e si approva la nomina della Dott.ssa Ranalli, il consiglio approva all'unanimità.

Alle ore 21.00 il consiglio termina.

## Lettera dal Presidente

Care Colleghe e cari Colleghi

Con profonda gratitudine desidero ringraziarvi per il sostegno e la grande partecipazione in occasione delle recenti elezioni del Consiglio dell'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Verona.

Come primo pensiero vorrei rivolgere un ringraziamento al mio predecessore, il Presidente Carlo Rugiu per la sua dedizione all'istituzione ordinistica e per il coraggio nell'affrontare i momenti drammatici che abbiamo vissuto con l'emergenza pandemica.

Il Consiglio dell'Ordine per il quadriennio 2025-28 è così composto: Anna Tomezzoli (Vicepresidente), Giulio Rigon (Segretario), Caterina Pastori (Tesoriera), Giuseppe Petrilli, Francesco Orcalli, Anna Maria Musso, Ivano Dal Dosso, Giorgio Accordini, Davide Brunelli, Lucio Cordioli, Roberto Castellani, Giorgio Carrara, Maurizio Corbellini, Pasquale Cirillo, Luca Buono (Odontoiatri), Michela Perina (Odontoiatri). Il Collegio dei

revisori dei conti è formato da Vania Braga, Francesca Moretti e Stefano Bortoletti (supplente).

Questo risultato rappresenta un forte segnale di unità e determinazione nel voler affrontare insieme le sfide che ci attendono.

La sanità attraversa un periodo complesso, caratterizzato da carenze strutturali, difficoltà organizzative e crescenti pressioni sui professionisti. Tuttavia, sono convinto che attraverso il dialogo, il lavoro sinergico e la valorizzazione del capitale umano possiamo trasformare queste difficoltà in opportunità.

È fondamentale rafforzare la collaborazione tra università, ospedali e il territorio, ponendo al centro del nostro impegno una sanità di qualità e accessibile a tutti. Allo stesso tempo, dobbiamo investire nei giovani medici, garantendo loro percorsi di crescita professionale, stabilità lavorativa e il riconoscimento della dignità che il nostro lavoro merita.

Il futuro della nostra professione dipende dalla capacità di ascoltarci, di confrontarci e di costruire una visione condivisa. Vi invito quindi a mantenere aperto un dialogo costante e a contribuire attivamente con idee e proposte che possano arricchire il nostro percorso.

Con fiducia e determinazione, guardiamo al domani, con una visione del nostro futuro senza transigere sul rigore dei principi etici della nostra professione, come una nuova opportunità per promuovere una sanità migliore per i cittadini e più equa per chi ogni giorno ne sostiene il funzionamento.

Per rimanere aggiornati sulle attività ordinistiche, vi invito a iscrivermi alla newsletter mensile compilando il form che trovate sulla home page del nostro sito internet [www.omceovr.it](http://www.omceovr.it).

Un caro saluto a tutte e a tutti,

ALFREDO GUGLIELMI

### NOTA REDAZIONALE: COLLABORAZIONI CON VERONA MEDICA

Verona Medica è un giornale destinato ai Medici ed agli Odontoiatri della provincia di Verona. Ogni iscritto può liberamente proporre articoli da pubblicarvi. Unico requisito richiesto è quello della correttezza professionale e del rispetto delle norme deontologiche. Nell'apposita rubrica: lettere al Direttore vengono pubblicate le lettere che giungono perché inviate alla sua Direzione. Quando utile alla lettera potrà seguire un commento da parte del Direttore del giornale o da parte del comitato di redazione. In attesa dell'apertura di una casella di posta dedicata la posta dovrà essere inoltrata via e-mail all'indirizzo:

[rosanna@omceovr.it](mailto:rosanna@omceovr.it)

Ogni contributo sarà accolto con grande favore. Come con altrettanto favore sarà accolta ogni forma di collaborazione con il Comitato di Redazione.

# Verbali della Commissione Odontoiatri

## VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 17 SETTEMBRE 2024

**Presenti:** Dott.ri Boscagin, Bovolín, Luciano, Pace, Zattoni

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

### Comunicazioni del Presidente:

- Sig. ZZ: il Presidente ripercorre il caso riferito al sig. ZZ, persona già nota a questa CAO per essere stato coinvolto in un caso di esercizio abusivo della professione odontoiatrica in concorso con un nostro iscritto all'Albo Odontoiatri. Il sig. Z è in possesso di un titolo odontoiatrico portoghese (acquisito in Ecuador, riconosciuto dallo Stato del Portogallo per accordi interni ma mai riconosciuto dal nostro Ministero della Salute). In data 01/01/2024 perviene a questo Ordine una comunicazione via pec a firma del sig. Z il quale informa di esercitare la professione di odontoiatra presso lo studio del dott. ZQ, figlio dello stesso e iscritto all'Albo Odontoiatri di Verona, ai sensi del D.L. 18 del 2020, successivamente convertito con legge n. 27.2020, del successivo art. 6-bis comma 1 del DL n. 105 2021, e da successive modifiche e proroghe, sino alla legge n. 24 del 24.2.2023 n. 14. Viene data lettura del parere del legale dell'Ordine Avv. Gobbi Donatella che nega la liceità di quanto asserito e viene deliberato di scrivere al NAS per verificare quanto il sig. Z ha dichiarato.
- ENAIP/Esami ASO: il Presidente informa che è pervenuta una richiesta da parte di ENAIP Veneto per avere il nominativo di un membro esterno per la Commissione d'esame finale che si terrà il 10

ottobre prossimo. La CAO nomina il dott. Marco Minniti che accetta l'incarico. Ne verrà data comunicazione all'Ente.

- Richiesta parere di congruità dott. GG: Il Presidente informa i presenti che è pervenuta una richiesta di parere di congruità in data 11/04/2024 da parte del dott. GG per cure prestate al Sig. MM nel periodo compreso fra il 04/06/2020 e il 19/05/2022. Il Presidente, espletata la comunicazione di avvio del procedimento così come previsto dall'art. 8 legge 7 agosto 1990 n. 241, ha contattato il paziente a mezzo raccomandata r.r. ns. prot. n. 4262/2024 del 19/07/2024, il quale ha avuto 10 giorni di tempo dalla data di ricezione della comunicazione, per produrre documenti e/o memorie scritte. Non avendo il sig. M provveduto a rispondere a quanto comunicatogli, questa CAO, nella seduta del 17 settembre 2020, presa visione della richiesta del dott. G e considerando congrui gli importi contestati al paziente sig. M, delibera di approvare la richiesta del dott. GG e di darne comunicazione allo stesso.

Prende la parola il dott. Bovolín e informa che il Convegno dal titolo "Appropriatezza prescrittiva degli antibiotici e resistenze batteriche" avrà luogo il 5 ottobre prossimo. La segreteria provvederà all'inoltro dell'invito a partecipare alla mailing list di medici e odontoiatri.

### Relazioni istruttorie:

Vengono presi in esame due casi. Il primo di essi comporterà un approfondimento legale del caso e verrà quindi prossimamente riesaminato mentre il secondo, che comporta un procedimento penale riferibile alle false vaccinazioni per covid, verrà riesaminato a conclusione dell'iter giudiziario aperto.

### Procedimenti disciplinari:

Viene discusso un caso per il quale

si stabilisce la data di svolgimento del procedimento stesso.

Alle ore 09.45 si dichiara chiusa la seduta

## VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 15 OTTOBRE 2024

**Presenti:** Dott.ri Boscagin, Bovolín, Luciano, Pace, Zattoni.

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

### Comunicazioni del Presidente:

Il Presidente riferisce che il dott. SS ha inviato un quesito all'Ordine per sapere se uno studio dentistico è obbligato a consegnare al paziente copia della cartella clinica. Il sanitario espone anche la problematica legata al fatto che il suo nominativo compare (sul web) associato allo studio ove egli non opera più e riferisce le difficoltà di non riuscire a modificare le informazioni sul web. Viene data lettura della risposta predisposta dal dott. Bovolín ed inviata al dott. S. La CAO approva.

### Procedimenti disciplinari:

4 i casi presi in esame. Il primo ancora relativo alle false vaccinazioni anti covid viene rinviato all'esito del procedimento giudiziario. Il secondo relativo a pubblicità sanitaria verrà approfondito prima della relativa decisione mentre i due successivi vengono chiusi per non luogo a procedere.

Alle ore 09.30 viene dichiarata chiusa la seduta.

## VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 19 NOVEMBRE 2024

**Presenti:** Dott.ri Boscagin, Bovolin, Luciano, Pace, Zattoni.

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

### Comunicazioni del Presidente:

- Il Presidente informa che l'Ordine di Bergamo ci ha inviato una segnalazione riguardante il nostro iscritto dott. CC, Direttore Sanitario della struttura BBC di Seriate (BG). All'Ordine competente per territorio spetta il potere disciplinare (art. 30 legge 238/2021) e quindi questa CAO attende le decisioni assunte dalla CAO di Bergamo nei confronti del nostro iscritto.
- Il Presidente informa i presenti di aver ricevuto da parte del dott. MM un quesito riguardante la presenza di un Odontoiatra sulle ambulanze del corpo militare dell'Ordine di Malta per sapere quali limiti ci siano per l'esercizio della professione negli aspetti medici. Il Presidente ha avuto un colloquio telefonico con il dott. MM illustrandogli come il punto critico possa essere quello che riguarda la copertura assicurativa prevista per i professionisti in servizio.
- Il Presidente informa i presenti che il dott. ZZ, a seguito di nostra richiesta di chiarimenti sulla dizione "clinica" specifica che la dicitura riguarda esclusivamente l'ambito societario costituito e che nelle targhe e quant'altro è riportata solo la dizione di "studio dentistico". Riferisce altresì che in provincia di Padova sono presenti svariate strutture riportanti la dizione "Clinica". Viene deciso di informare di questo il Presidente CAO di Padova.
- Il Presidente da lettura di una segnalazione pervenuta da parte nel dott. TT il quale riferisce che una sua paziente, precedentemente visitata dalla struttura "DD", si è vista rifiutare, dalla struttura stes-

sa, la documentazione personale (immagini radiologiche). Viene deciso di convocare, non in maniera formale, il direttore Sanitario dott. DDRR onde chiarire i motivi per cui tale documentazione clinica non venga ceduta alla paziente.

- Il Presidente informa che è pervenuta una segnalazione da parte dell'Avvocato Erica Martini, difensore del Sig. GG, che segnala il fatto che il dott. CC si rifiuterebbe di consegnare la documentazione clinica e gli esami strumentali di proprietà del sig. GG. Viene affermato il dovere, da parte della CAO, di convocare il dott. CC per chiarimenti.
- Il Presidente riferisce che il dott. SS ha inviato comunicazione di rinuncia alla direzione sanitaria della struttura "XX". La CAO prende atto.
- Il Presidente informa di aver ricevuto, da parte del dott. MM, un quesito riguardante l'obbligatorietà di presenza in studio da parte del direttore sanitario durante l'attività dell'igienista dentale. L'attività di igienista dentale è sempre soggetta alla prescrizione del Medico Odontoiatra e non vi è alcun obbligo di legge che imponga la contemporanea presenza del direttore sanitario o altro medico odontoiatra. È sempre consigliabile però la compresenza con il Direttore Sanitario o di altro Medico Odontoiatra. In alternativa deve essere assicurata la reperibilità da parte di un Medico Odontoiatra.
- Avvio alla professione 2024: il Presidente informa di aver ricevuto la documentazione riguardante il progetto "avvio alla professione".

### Relazioni istruttorie:

Viene esaminato un solo caso per la determinazione di un procedimento altrove svoltosi

Alle ore 09.00 si dichiara chiusa la seduta.

## VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 17 DICEMBRE 2024

**Presenti:** Dott.ri Bovolin, Luciano, Pace, Zattoni

**Assenti giustificati:** dott.ssa

Boscagin

Il dott. Bovolin assume la presidenza in sostituzione della dott.ssa Boscagin

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

### Comunicazioni:

- Dott. DD: viene ripercorso il caso e vengono approvate le modifiche al verbale del 26/03/2024
  - Dott. GG e RR: viene ripercorso il caso e vengono approvate le modifiche al verbale del 27/02/2024.
  - Dott. MM: il dott. Bovolin ripercorre il caso e informa che l'Ordine di Brescia, che aveva aperto il procedimento disciplinare nei confronti del sanitario, ha stabilito la data della sospensione comminata al dott. MM (2 mesi di sospensione) che sarà effettiva dal 01/01/2025 al 28/2/2025. La CAO prende atto e si assicurerà che il periodo di sospensione venga ascritto nel fascicolo personale del Sanitario.
- Richiesta parere congruità dott. PP: Il Presidente informa i presenti che è pervenuta una richiesta di parere di congruità in data 30/09/2024 da parte del dott. PP per cure prestate al Sig. MM nel periodo compreso fra il 17/11/2022 e il 22/09/2022.

Il Presidente, espletata la comunicazione di avvio del procedimento così come previsto dall'art. 8 legge 7 agosto 1990 n. 241, ha contattato il paziente a mezzo raccomandata r.r. ns. prot. n. 5410/2024 del 30/09/2024, il quale ha avuto 10 giorni di tempo dalla data di ricezione della comunicazione, per produrre documenti e/o memorie scritte. Non avendo il sig. M provveduto a rispondere a quanto comunicatogli, questa CAO, nella seduta del 17 dicembre 2024, presa visione della richiesta del dott. PP e considerando congrui gli importi contestati al paziente sig. M, delibera di approvare la richiesta del dott. PP e di darne comunicazione allo stesso.

Alle ore 09.00 si dichiara chiusa la seduta.

# Breve storia della Madrugada e del suo sviluppo

Prof. Roberto Corrocher  
presidente dell' ETS

La Verona, Autunno, 2024

La Guinea Bissau è, secondo l'ONU, uno dei paesi più poveri al mondo con una speranza di vita di 46 anni. Con una superficie grande come la Svizzera, ha una popolazione di circa 1.800.000 abitanti, il 14% di fede cristiana, la maggioranza dei quali cattolici, il 46 % mussulmani e il rimanente animisti. A rendere ancora più precaria la sua situazione si aggiunge il fatto che i pochi giovani che riescono a laurearsi all'estero non tornano più in patria per la mancanza di adeguate strutture che permettano loro di esercitare l'acquisita professionalità, impoverendo ancora di più il loro Paese.

**Senza i suoi figli più preparati non c'è speranza di riscatto per i paesi dell'Africa nera!**

Sulla base di queste riflessioni, circa 35 anni or sono, a mons. Ferrazzetta, allora primate della Guinea Bissau, da me conosciuto per motivi professionali e diventato suo amico, suggerii un progetto nuovo:

1. far nascere a Verona un'Associazione che avrebbe provveduto alla costruzione e mantenimento delle strutture e alla formazione del personale e
2. contemporaneamente a Bissau una *Cooperativa sanitaria privata, laica e a-politica* per evitare possibili future tensioni, che riuscisse a gestire con il lavoro dei medici guineiani, resi proprietari della stessa, le strutture donate dall'Associazione.

Così nel 1991 nacque la "**Cooperativa Madrugada**" (Aurora... di un giorno nuovo) che "non è un'opera di



carità, ma una struttura, laica ed a-politica, che deve mantenersi con il lavoro professionale dei medici"; così recita il testo dell'autorizzazione della Camera di Commercio di Bissau. Come d'accordo, a Verona prese vita "**l'Associazione per la Collaborazione allo Sviluppo di Base della Guinea Bissau**", trasformata in seguito in ONLUS ed ora in Ente del Terzo Settore (ETS), con il compito di costruire e donare alla Madrugada le necessarie strutture edilizie, le apparecchiature tecnologiche, garantendo la loro manutenzione, e impegnandosi anche a preparare adeguatamente il personale locale al loro uso.

Alla Madrugada appartennero inizialmente due medici ed una infermiera che esercitavano la loro professione in uno stabile messo a loro disposizione da mons. Ferrazzetta ad un affitto simbolico. La nostra Associazione veronese e la Diocesi di Bissau sarebbero state le organizzazioni garanti della Cooperativa dato che il Governo al potere, di ispirazione rivoluzionario-comunista, non permetteva allora la proprietà privata.

Verso la fine degli anni '90, a seguito di un bombardamento che distrusse lo stabile in cui operava la Cooperativa, la nostra ONLUS decise di costruire un poliambulatorio ( con annesso

laboratorio e una decina di letti tecnici) e una residenza per dar modo ai medici guineiani all'estero di tornare in patria. Purtroppo mons. Ferrazzetta morì alla fine degli anni '90 durante la guerra civile e non vide lo sviluppo edilizio della Madrugada. Questa trovò la sua prima locazione in un terreno di circa 7500 mq nel quartiere di Antula Bono a Bissau comperato dalla nostra ONLUS

Il poliambulatorio venne dotato di un servizio di cardiologia (ecografia ed elettrocardiografia), e servizi di radiologia, di oculistica, di pediatria, tre poltrone odontoiatriche, di una sala parto, di un inceneritore, oltre che del necessario locale di deposito.

Il complesso, compresa la residenza, venne da noi inaugurato nel dicembre del 2005.

I Medici che operano alla Madrugada sono cresciuti di numero, attualmente sono una quindicina; la struttura, nel frattempo, è stata dotata anche di un'officina per la produzione di farmaci e fleboclisi, unica in tutta la Guinea Bissau. La Madrugada è uno dei punti di riferimento per la popolazione del quartiere ed è convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale. In quegli anni, con l'aiuto del Rotary, riuscimmo a trovare (a 249 m di profondità) un'abbondante falda acquifera

di acqua potabile (secondo le analisi eseguite a Verona) e dopo aver assicurato alla Madrugada il necessario approvvigionamento (tutta la struttura è dotata di acqua corrente e tutte le 10 stanze della residenza sono dotate di doccia), decidemmo di costruire all'esterno della sua recinzione, delle piccole fontane a disposizione della popolazione anche in considerazione che il locale acquedotto era inquinato e a Bissau c'era il colera.

Questa decisione cambiò radicalmente l'atteggiamento del Governo, fino ad allora assai sospettoso nei riguardi della Madrugada e della nostra Onlus.

Nel 2008 il Presidente della Repubblica, per mezzo dei Ministri dell'Istruzione e della Salute, donò alla Madrugada, con atto internazionale, un terreno adiacente alla nostra struttura, fino ad allora in dotazione delle forze armate. La motivazione ufficiale della donazione fu che *"la Madrugada, con la sua acqua, aveva salvato Bissau dal colera!"*. La superficie attuale del Campus è di circa 65000 mq. Lo stesso Governo ci suggerì, se possibile, di costruire nel terreno donato le scuole e strutture per lo sport (campo di calcio e di basket), cosa che accettammo di fare alla condizione che nel frattempo il Ministero dell'Istruzione locale si impegnasse a preparare i docenti e i preparatori degli atleti, secondo la nostra logica fondante che vuole che siano i Colleghi guineiani che si fanno carico della formazione dei loro cittadini e della gestione delle strutture.

Ora, i rapporti tra Governo, Forze Armate, la Madrugada e la nostra ONLUS sono ottimi.

La Madrugada è cresciuta. Nel novembre del 2015, abbiamo inaugurato la struttura chirurgica dopo che avevamo identificato Colleghi Chirurghi locali in grado di farsi carico della attività specifica. La struttura è dotata di due sale operatorie, una decina di letti, strutture per dialisi per acuti, attività quest'ultima del tutto assente in Guinea Bissau. Tutto il nuovo reparto è dotato di gas medicali e di aria condizionata. Ai primi d'agosto 2016, l'equipe di Colleghi chirurghi locali ha incominciato ad operare con successo nella nuova struttura. Il giorno 15

marzo 2018, è stato anche possibile eseguire alla Madrugada la prima emodialisi ad una donna in insufficienza renale. Il centro medico è stato dotato anche di due autoambulanze. La produzione di ossigeno è diventata molto importante perché la città di Bissau ne è priva, ed ora varie strutture cittadine si servono dell'ossigeno prodotto alla Madrugada; per questo abbiamo deciso di incrementare la produzione: una nuova apparecchiatura messa in funzione nel dicembre 2018 ha permesso di raddoppiarne la produzione, ma è stata in questi giorni ulteriormente incrementata con l'acquisto di nuove apparecchiature, anche in considerazione della pandemia da Covid-19. Si è inoltre provveduto ad allestire una sala di terapia intensiva e di rianimazione. In occasione della pandemia sono stati donati alla cooperativa migliaia di termometri, di pulsossimetri e di sterilizzatori costruiti in Cina e la Madrugada è ora centro per i tamponi e per le vaccinazioni anti Covid-19, scelto dall'OMS, per il quale è stato costruito un apposito settore.

Visto l'aumento dell'attività radiologica, con l'importante aiuto di un imprenditore, abbiamo costruito una struttura nuova il che ci ha dato anche la possibilità di ampliare il laboratorio di analisi chimiche che nel frattempo è stato dotato di nuove apparecchiature (miniVidas della Biomerieux, Cobas C311 della Roche e Cepheid GeneXpert GX-IV-4) che aumentano notevolmente le possibilità diagnostiche. Il nuovo stabile per la radiologia è stato inaugurato alla fine di febbraio 2020 alla presenza del Primo Ministro, dr.Aristides Gomez, della ministra della Sanità, dott. Magda Robalo Silva, del console d'Italia a Bissau dott. Graziano Biazzi e del nostro segretario, dott. Giorgio Parise. Il nuovo padiglione radiologico è stato dotato di una TAC, acquisita nel giugno dello scorso anno ed è la prima in tutta la Guinea Bissau. La TAC è stata installata a Bissau il 23 marzo 2022 e ha già incominciato a funzionare. In questi ultimi giorni la nostra Associazione ha acquisito anche un importante mammografo che è in dotazione alla Madrugada.

Alla fine del 2018, è stato realizzato un sistema di trasmissione per via tele-

matica delle radiografie, degli elettrocardiogrammi e degli esami di laboratorio eseguiti alla Madrugada che ora possono essere letti e discussi in tempo reale anche a Verona.

Un gruppo di solidarietà internazionale tedesco con sede a Berlino, "Better Life", venuto a conoscenza del nostro progetto, ha deciso di finanziare alla Madrugada un centro trasfusionale per poter incrementare l'attività chirurgica: i fondi per il centro trasfusionale sono già stati raccolti e versati sul conto della nostra associazione e il centro è ora funzionante.

Come detto, la Madrugada si è ora diversificata, coinvolgendo nel progetto, oltre ai medici, anche laureati in lettere, (è stata data vita alla scuola d'infanzia ed elementare che vede ora iscritti circa 500 bambini!), in economia, in farmacologia ( stiamo potenziando l'officina farmaceutica ed è iniziata la produzione, oltre che di fleboclisi, di 18 tipi di farmaci di uso comune, autorizzati dal locale Ministero della Sanità ) e in agraria; alla fine di novembre 2016 ha incominciato a funzionare un centro agro-nutrizionale con annesso panificio (donato da IMA-FORNI-VR), oleificio e un'apicoltura; il centro ha a disposizione circa 35000mq di terreno con impianto di irrigazione goccia a goccia; nel marzo 2018 è iniziata la produzione di olio e burro di arachidi, miele, cera, e una crema nutrizionale (100gr= 500 calorie). Recentemente (2024) abbiamo sottoscritto con il Banco Farmaceutico un accordo che prevede l'inclusione della Madrugada tra i centri di solidarietà per la destinazione dei farmaci del Banco. Nell'autunno del 2021, la Madrugada ha acquisito un terreno di circa 13.000 mq a Bula, poco distante da Bissau, il che permetterà di incrementare ulteriormente l'attività agricola. Il nuovo terreno è ora dotato di un pozzo, già funzionante e sarà dotato dei necessari stabili per l'attività agricola; sono state messe in funzione delle fontane per la popolazione locale. Un recente accordo con apicoltori veneti (2024), prevede a Bula un centro di apicoltura per produzione di vari prodotti ad esso collegati.

Più di 180 giovani di varia età seguono i corsi dello sport e due loro squadre sono iscritte al locale campionato di calcio. Il campo di calcio della



Madrugada è ora affittato alla locale federazione nazionale e utilizzato per il campionato nazionale di calcio locale.

A metà del 2017, dopo gli opportuni corsi preparatori, è incominciata un'attività di sartoria, trasformata in Scuola di sartoria (ora convenzionata con le scuole e le forze armate). A Villa Buri, a Verona, alla fine di settembre 2017 è stata organizzata, con grande successo di pubblico, una sfilata di moda con modelle e vestiti di Bissau, e la manifestazione si è ripetuta il 29/09/2018 a Verona e nel settembre 2019 si è ripetuta a Mozzecane (VR). In questi ultimi mesi la sartoria è impegnata a produrre camici e mascherine per far fronte alla pandemia COVIT-19.

Con l'aiuto della S.E.V.A di Aosta, abbiamo notevolmente aumentato la superficie coperta di pannelli solari per potenziare la capacità energetica del intero complesso. La disponibilità di energia è stata ulteriormente aumentata con l'installazione di nuove apparecchiature poste in un'apposita nuova costruzione e collegata anche con la rete elettrica locale. La superficie di pannelli è stata nel mese di marzo aumentata notevolmente.

La Madrugada è attualmente riconosciuta dal Governo come sede di formazione per alcuni diplomi professionali (tecnico odontoiatra, tecnico farmaceutico, infermiere professio-

nale) ed è inoltre centro di formazione per i maestri per l'intera Guinea Bissau. La Madrugada, mediante un'apposita convenzione firmata nel 2015, fornisce al Ministero della Sanità una serie di servizi medici e diagnostici. Tale convenzione è stata aggiornata ed estesa con apposito protocollo sottoscritto dal primo ministro della Guinea Bissau, dott. Aristide Gomes, dal sottoscritto presidente della nostra ONLUS e il direttore esecutivo della Madrugada, dott. Geraldo Badona Monteiro, in un apposito incontro avvenuto il giorno 22 febbraio 2019 a Verona. Il nuovo protocollo mira inoltre ad organizzare, un servizio di dialisi per malati cronici di cui la Guinea Bissau è priva pur avendo oltre 3500 malati di insufficienza renale che sono costretti ad espatriare per sottoporsi alla dialisi periodica, ma molti muoiono. Ai primi di ottobre del 2019, la Ministra della Sanità della Guinea Bissau, dott.ssa Magda Nely Robalo Silva, è venuta a Verona per mettere a punto insieme a noi i dettagli del progetto nazionale "emodialisi" che la Madrugada avrebbe dovuto far partire entro la fine dell'anno 2020 in collaborazione con l'ospedale Simao Mendez di Bissau. Purtroppo la pandemia COVIT-19 ha rallentato l'avvio del progetto.

Nell'ambito di un progetto "Scuola-Lavoro", l'Istituto tecnico-professionale Ruzza di Padova ha deciso di far

svolgere un periodo di lavoro (sartoria - odontoiatria - chimica) presso la Madrugada di Bissau: i primi 18 studenti con tre insegnanti sono partiti per Bissau alla fine di febbraio 2019, accompagnati dal nostro segretario, dott. Giorgio Parise. Nel febbraio 2020 si è ripetuta l'esperienza con un gruppo di 20 studenti della stessa scuola e a febbraio 2023 è partito un nuovo gruppo. Per iniziativa dei docenti dello stesso Istituto Ruzza, si è iniziato, ai primi di gennaio 2021, un corso di lingua italiana (a.. distanza) per i bambini della Madrugada. Gli studenti del Ruzza sono entusiasti di questa esperienza! Questa collaborazione è ora temporaneamente sospesa in attesa di decisioni della nuova direzione dell'Istituto Ruzza.

Al progetto "Madrugada" la nostra ONLUS ha finora contribuito con la costruzione di 24 stabili, oltre al campo di calcio con le rispettive tribune, e con tutte le attrezzature necessarie (vedi anche Google Earth.). La diversificazione delle attività e in particolare la produzione di fleboclisi, l'attività chirurgica e il programmato progetto di un servizio di emodialisi nazionale, per il quale abbiamo costruito un nuovo apposito stabile, hanno reso strategica e indispensabile la continuità di approvvigionamento dell'acqua. Per questo abbiamo deciso di procedere allo scavo di un secondo pozzo con l'importante sostegno del Rotary International e a 230 metri di profondità abbiamo nuovamente scoperto una falda di acqua potabile (giugno 2019). Un Ospedale veneto ha donato alla Madrugada una cisterna di circa 5000 litri per l'acqua del pozzo e il nuovo pozzo è ora in finzione (2021). In considerazione del fatto che la moralità neonatale-infantile è molto elevata (10/11%), abbiamo deciso di costruire un ulteriore stabile (madre/bambino) per affrontare questa particolare grave situazione.

La Madrugada ha assunto fin ora 156 persone locali regolarmente registrate presso la Camera di Commercio di Bissau! Ogni mese la Cooperativa trasmette alla nostra ONLUS il bilancio delle sue attività che risulta in attivo. Concludendo, la Madrugada, 65.000mq, consiste oggi delle seguenti attività:

1. Residenza (cucina, sala e 12 posti letto con servizi)
2. Centro Medico (con annessi servizi di pediatria, sala parto, cardiologia, oculistica, odontoiatria e centro per l'epilessia)
3. Padiglione chirurgico (con annesso centro trasfusionale)
4. Centro per Emodialisi
5. Padiglione radiologico (con trasmissione telematica e TAC)
6. Officina farmaceutica e farmacia.
7. Laboratorio di analisi
8. Polo scolastico (scuola d'infanzia ed elementari)
9. Polo sportivo
10. Centro di formazione professionale (diplomi)
11. Alternanza scuola/lavoro
12. Centro Agricolo e Apicoltura
13. Padiglione frigorifero
14. Panificio e centro nutrizionale
15. Sartoria (scuola di sartoria)
16. Nuova centralina elettrica
17. Gazebo per vendita prodotti della Cooperativa
18. Acqua – 2 pozzi alla Madrugada e un terzo a Bula.
19. Padiglione COVID-19
20. Struttura “Madre-Bambino” in costruzione.
21. Sede per “Veterinari senza Frontiere”.

La nostra Onlus individua laureati e tecnici locali e dona loro le necessarie strutture e le specifiche attrez-

zature e provvede a corsi di formazione perché possano esercitare la loro professionalità. Medici e laureati italiani si recano periodicamente alla Madrugada per corsi di aggiornamento e personale della Madrugada, a turno, viene in Italia, presso reparti disponibili da noi individuati, per il loro addestramento. In questi giorni abbiamo sottoscritto una convenzione con ospedali del Veneto (con l'approvazione della stessa Regione) – Verona, Vicenza e Bassano – e del Friuli – Pordenone e Udine- per degli stage di aggiornamento e formazione del personale della Madrugada.

Nel novembre 2020, l'Ambasciata dell'Unione Europea, ha scelto la Madrugada come sede sanitaria di riferimento per i cittadini europei presenti in Guinea Bissau.

### Nuovi Progetti

1. Progetto Epilessia. In considerazione del fatto che in Guinea Bissau vi sono circa 22000 persone sofferenti di epilessia mentre non esiste nessun centro di diagnosi e terapia, due nostri volontari, ricercatori in neuroscienze, hanno deciso di creare, nell'autunno 2020, un centro per l'epilessia presso la Madrugada che è già stato interamente finanziato da nostri benefattori. A questo progetto si sono ora associati, come sede di formazione, un noto

centro di neurologia bolognese (Ospedale Bellaria), il Rotary di Bologna e l'Associazione Nazionale dei malati di epilessia collaborerà con il nuovo centro.

2. Progetto Oftalmologico. Le malattie oculari sono molto rappresentate in Guinea Bissau e non vi sono strutture adatte per la diagnosi e la terapia. Per questo, in collaborazione con l'Università di Chieti, la nostra Associazione ha pensato di organizzare un apposito centro presso la Madrugada. La scuola di specializzazione in oculistica si farà carico dell'organizzazione del centro e invierà esperti e specializzandi per l'attività e la formazione di personale locale.
3. Pandemia di Covid-19. È molto difficile quantificare l'entità della pandemia da Covid-19 in Guinea Bissau in quanto l'anagrafe non è precisa e il sistema sanitario è molto precario e non ha dati precisi dell'infezione su base nazionale. La Madrugada, appoggiata dalla nostra Associazione, ha organizzato un centro destinato a far fronte a questa calamità. Per questo ha costruito un nuovo padiglione destinato al Covid-19. L'OMS ha indicato nella Madrugada un centro per le vaccinazioni e per i tamponi. Attualmente vengono vaccinate circa 100-120



- persone al giorno. La sartoria si occupa di produrre mascherine e camici a questo scopo, e la Madrugada ha incrementato notevolmente la produzione d'ossigeno (anche per altre strutture di Bissau). Si sono anche organizzati dei letti di terapia intensiva che sono aumentati per una donazione di ulteriori 8 letti da parte di un ospedale veneto. In questi ultimi giorni, la dott.ssa Magda Robalo, alto commissario per la pandemia, ha fornito la Madrugada di ulteriori 6 monitor per il reparto di terapia intensiva.
4. *Centro Madre-Bambino*. In considerazione che in Guinea Bissau vi è un'alta mortalità neonatale, abbiamo deciso di costruire un centro di riferimento per madri e neonati e di iniziare corsi di formazione sull'argomento.
  5. *Costituzione di una società tra apicoltori* del Veneto (Riccardo Poli) e la Madrugada per la produzione e la commercializzazione di miele in Guinea Bissau e anche all'estero compresa l'Italia.
  6. *Convenzione* con un dipartimento di neuropsicologia dell'Università di San Paolo (Brasile) per l'organizzazione *un Corso di Tossicodipendenze*. Purtroppo il porto di Bissau, essendo ritenuto poco controllato, è stato scelto dai narcotrafficanti del centro-sud America come centro di smistamento internazionale della droga. La droga è quindi diventata un problema a Bissau. Per questo abbiamo accettato la proposta di iniziare un aggiornamento-educazione sulle tossicodipendenze. Il corso si svolge in streaming e diffuso in diversi paesi.
  7. *Convenzione* con l'Università Autonoma di Barcellona (Spagna) per la formazione di personale medico e infermieristico della Madrugada. In questi giorni un gruppo di una decina di specialisti spagnoli sta operando alla Madrugada.
  8. *Convenzione* con l'Università di Verona per la formazione e sviluppo di attività mediche, infermieristiche, educative, sportive e agricole. Specialisti di chirur-

gia e di Igiene delle Scuole veronesi hanno già iniziato l'esperienza alla Madrugada.

9. *Convenzione* con l'Università Santa Clara di Cuba. Attualmente è all'Avana uno specializzando della Madrugada.
10. *Convenzione* con il Banco Farmaceutico
11. *Convenzione* con l'Associazione "Veterinari senza Frontiere"
12. *Accordo* con il Comune di Padova di inserire la Madrugada quale opzione per studenti di scuole professionali della città di un periodo riconosciuto di volontariato.

La Madrugada rappresenta una forma di solidarietà internazionale alternativa, un vero **"laboratorio di emancipazione sociale"**, come ora lo definiscono lo stesso Governo locale, la televisione portoghese, che fa servizio laggiù e la televisione "Africa" che fa servizio nei Paesi del Sahel, che, puntando sui laureati locali, mira a fare dei guineiani gli artefici della rinascita del loro paese. L'ambasciatore italiano dott. Giovanni de Vito, in visita ufficiale alla Madrugada nel giugno 2022, ha definito la stessa *l'orgoglio italiano in Africa*.

Prima di Natale 2016, due nostri soci hanno potuto illustrare al Santo Padre, Papa Francesco, in udienza privata, la logica che sostiene il nostro progetto e hanno donato il volume di fotografie che documenta la Cooperativa Madrugada!

Importante è il fatto che la Cooperativa Madrugada, proprietaria degli stabili da noi donati, è autonomamente gestita da Colleghi locali, pur avendo dei vincoli con la nostra ONLUS. La direzione della stessa **non ha mai chiesto alla nostra Onlus un solo centesimo per la sua gestione!** L'impegno economico della nostra ONLUS per il complesso Madrugada si aggira finora sui 13 milioni di euro.

In quest'ultimo anno sono avvenuti dei cambiamenti a livello nazionale, in aggiunta all'imprevisto dramma della pandemia Covid-19.

Il presidente Aristide Gomez, a seguito di elezioni nazionali, è stato sostituito, insieme ai suoi ministri, da Cissoko Embalò, proclamato presidente. Siamo fiduciosi di poter intrattenere

buoni e fruttuosi rapporti anche con il nuovo governo. Altro evento inaspettato sono state le dimissioni da vescovo di mons Camnate, sostituito di mons Ferrazzetta, per motivi di salute, accettate da Papa Francesco, che ha nominato mons Josè Lampra in sua sostituzione. Pochi giorni or sono è deceduto per Covid-19 anche il vescovo di Bafatà, mons Zilli.

Pur in questa difficile situazione, la Madrugada rimane un punto di riferimento per i guineiani e per la nostra Onlus un motivo di maggior attenzione ed impegno.

Tutto questo non sarebbe stato possibile realizzare senza il generoso concorso di volontari, molti veronesi ma non solo, il sostegno di parecchi soci dell'Onlus, numerosi benefattori e l'aiuto della Fondazione Cariverona, dell'AOU di Verona e del Rotary: a Tutti questi va il nostro sentito ringraziamento.

Siamo decisi a proseguire questo originale esperimento e stiamo costruendo una struttura "mamma-bambino" considerando che il tasso di mortalità neonatale ha raggiunto il 11%.

PROF. ROBERTO CORROCHER,  
PRESIDENTE DELL'ETS

**P.S.: IBAN: c/c n° IT 08 G 02008  
11770 000009924528 intestato a  
"Sviluppo Guinea Bissau Onlus"  
Unicredit Banca- Agenzia  
Garibaldi, via Garibaldi,  
1- VERONA:  
(5x 1000: C.F. n° 93066730230)**

# Le difficoltà nella relazione di cura nelle cure primarie: esperienze, vissuti, proposte per il miglioramento

GUGLIELMO FRAPPORTI  
 MARIA GABRIELLE LANDUZZI  
 SONIA ZENARI  
 GIOVANNI BONADONNA

Da qualche tempo molti medici e in particolare molti medici delle cure primarie vivono un forte disagio personale e professionale. Le difficoltà della relazione di cura sono legate a diversi fattori: politiche di privatizzazione dei servizi pubblici e crescita della burocratizzazione<sup>(1)</sup>, declino dell'autonomia professionale e perdita di autorevolezza, diminuito rispetto per la figura del medico e crisi del rapporto di fiducia<sup>(2)</sup>, tutti fattori che hanno reso la relazione di cura particolarmente instabile e sottoposta a crescenti tensioni e conflitti.

Nell'attività dei medici delle cure primarie le capacità comunicative e relazionali personali sono messe alla prova più di quelle strettamente professionali<sup>(3)</sup>, motivo per cui le difficoltà della relazione di cura nell'ambito delle cure primarie si accompagnano ad un elevato rischio di burnout.

Nel 2019 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha descritto il burnout nell'11<sup>a</sup> Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie come una sindrome (non una malattia o condizione di salute) risultante da "stress lavorativo che non è stato gestito con successo"<sup>(4)</sup>.

La sindrome di burnout è ampiamente diffusa tra i professionisti della salute in tutto il mondo; la rivista Lancet l'ha definita come una "crisi globale"<sup>(5)</sup>. Il burnout dei professionisti sanitari può essere quantizzato con un metodo a punteggi, i medici di medicina generale hanno punteggi più alti rispetto ai colleghi di altre specialità; il burnout dei medici di medicina generale è stato studiato a livello globale<sup>(6)</sup>

e l'Italia è tra i paesi con i punteggi più alti<sup>(7)</sup>.

I medici di medicina generale sono particolarmente suscettibili al burnout a causa di una combinazione di fattori specifici legati alla natura del loro lavoro e al loro ruolo peculiare nel sistema delle cure primarie.

I carichi di lavoro dei medici di medicina generale sono molto elevati, per la numerosità di pazienti<sup>(8)</sup>, la molteplicità di condizioni mediche da affrontare, gli orari di lavoro molto prolungati e l'elevato numero di visite al giorno<sup>(9)</sup>. A tutto questo, si aggiungono le aspettative dei pazienti nei confronti dei medici di medicina generale che sono spesso molto alte<sup>(10)</sup> e molte altre difficoltà di tipo organizzativo del sistema delle cure mediche<sup>(11)</sup>.

È infatti da considerare che negli ultimi decenni la professione del medico di medicina generale è andata incontro a difficoltà crescenti: la progressiva diminuzione del numero dei professionisti, la crescita esponenziale della domanda di assistenza, l'insufficiente adeguamento organizzativo e tecnologico degli studi professionali.

E ancora, **è necessario tener presente che** nei prossimi sei anni, su 37.860 medici di famiglia in servizio, 12.600 andranno in pensione, vale a dire uno su tre. Nello stesso periodo si stima che entreranno servizio solo 10.714 medici di famiglia, i nuovi ingressi di medici non copriranno le uscite ed il numero di pazienti che 10 anni fa era in media di 1171 assistiti per medico, e che oggi è di 1.399 assistiti per medico, aumenterà ulteriormente<sup>(12)</sup>.

## PROGETTO

A fronte delle crescenti difficoltà della relazione di cura nell'ambito delle cure primarie ed al grave disagio di molti medici, il Comitato di Bioetica dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Verona (OMCeO) ha ritenuto opportuno avviare un **percorso di ascolto dei medici delle cure primarie**, avente i seguenti obiettivi:

- esplorare le cause delle **criticità della relazione di cura**
- **promuovere la collaborazione tra i medici** operanti in settori diversi (ospedale, territorio, specialisti liberi professionisti)
- individuare **strumenti formativi e percorsi pratici** finalizzati a **migliorare la relazione medico-paziente**, in quanto essa costituisce strumento fondamentale per gli esiti di cura, oltre che di benessere e soddisfazione dei professionisti stessi.

A tal fine, Il Comitato di Bioetica dell'OMCeO ha organizzato alcuni incontri con i medici dell'assistenza primaria sul tema: **"Prendersi cura di chi cura"**.

Nel primo incontro: **"Prendersi cura di chi cura: un incontro per ascoltare i medici dell'assistenza primaria"**, tenutosi in data 15 maggio 2024, sono stati rilevati diversi aspetti del malessere dei professionisti e sono stati concordati gli aspetti più critici da approfondire.

Nel secondo incontro: **"Prendersi cura di chi cura: il rapporto di fiducia e la gestione dei conflitti nelle cure primarie"**, tenutosi in data 4 novembre 2024 sono stati approfonditi alcuni temi specifici, tra i quali: la **crisi**

**del rapporto fiduciario**, il tema delle **revoche**, delle **ricusazioni e delle segnalazioni all'URP e all'OMCeO** e sono state avanzate **proposte per il miglioramento** della relazione di cura nell'ambito delle cure primarie.

## Primo incontro:

Al primo incontro hanno partecipato 30 medici dell'assistenza primaria, diversi per età e per esperienza professionale.

L'introduzione al tema è stata fatta dal Presidente del Comitato di Bioetica dell'OMCeO Giovanni Bonadonna e da Guglielmo Frapporti medico di medicina generale e componente dello stesso comitato. In rappresentanza dell'OMCeO di Verona, hanno partecipato all'incontro Lucio Cordioli e Caterina Pastori, rispettivamente Vicepresidente e Tesoriera dell'OMCeO.

Come previsto nelle esperienze di natura partecipativa, M. Gabriella Landuzzi, Vice Presidente del Comitato di Bioetica dell'OMCeO ha avuto il compito di osservatrice partecipante<sup>(13)</sup> oltre che di segretaria verbalizzante. Successivamente ai saluti e alla "sollecitazione introduttiva", i partecipanti all'incontro hanno espresso liberamente le proprie esperienze e i propri vissuti.

L'ascolto delle narrazioni dei partecipanti a partire da una "sollecitazione introduttiva" rappresenta uno strumento qualitativo di analisi della vita lavorativa<sup>(14)</sup>, necessario a favorire la comprensione dei vissuti di medici partecipanti e del processo di attribuzione di senso che danno alle loro esperienze di vita quotidiana. Gli interventi dei partecipanti sono stati registrati previo consenso scritto, trascritti, codificati e analizzati individuando i temi fondamentali da affrontare<sup>(15)</sup>.

Dagli interventi assai ricchi di racconti di esperienze e di vissuti personali, in alcuni casi anche ricchi di una forte carica emotiva, sono emersi molti spunti riguardanti la problematica del disagio e del malessere dei medici delle cure primarie, schematizzabili come segue:

## A. Criticità che incidono sulla relazione di cura nelle cure

**primarie:**

### 1. aspetti relazionali e relativi al ruolo professionale.

Concetti chiave e citazioni testuali:

- o Difficoltà di relazione con i pazienti ("sono un banco-mat")
- o Difficoltà di relazione e di collaborazione con i colleghi medici e altri professionisti ("manca una rete di connessione")
- o Crisi nel rapporto fiduciario col paziente ("dr Google")
- o Senso di svalutazione della professione ("siamo segretari")
- o Senso di solitudine del professionista ("mi sento solo... non ho nessuno che mi protegge")
- o Sfiducia e delusione ("almeno che il reperibile del reparto possa prendersi una nostra telefonata...")
- o Perdita di legittimazione ("non valiamo niente e ce l'hanno detto in tutte le lingue")

### 2. criticità organizzative.

Concetti chiave e citazioni testuali:

- o Carichi di lavoro eccessivi ("ho fatto dalle 7 alle 20 di sera...per mandare mail...")
- o Eccessiva burocratizzazione ("tutto è scaricato su di noi")
- o Difficile conciliazione tra famiglia e lavoro, specialmente per le donne ("fatica nel fare coincidere il ruolo di medico e le gravidanze...la parte terribile della professione")

### 3. esigenze formative.

Concetti chiave e citazioni testuali:

- o Impreparazione nella comprensione e gestione dei conflitti con i pazienti ("il paziente informato è il peggior nemico")
- o Impreparazione al management rispetto agli innumerevoli adempimenti burocratici legati alla professione ("non siamo formati per essere manager")
- o Impreparazione nel rapporto con altri professionisti ("evidenze barrel medicine" ..."la medicina dello scarica barile")

## B. Possibili strategie per fronteggiare o modificare le criticità della relazione di cura:



- o Regole chiare rispetto ai servizi che possono essere forniti
- o Coltivare i valori della professione
- o Formazione professionale (non formazione solo teorica in convegni/seminari, ma anche pratica negli ambulatori specialistici e nei reparti di cura)
- o Formazione all'interdisciplinarietà per una migliore collaborazione tra medici di medicina generale ed altri professionisti
- o Iniziative per il supporto psicologico o consulenza nei momenti di bisogno
- o Iniziative di formazione strutturate e continuative per la prevenzione del malessere dei professionisti ( ad esempio: iniziative di mindfulness per operatori sanitari, gruppi Balint, gruppi di ascolto per il personale sanitario)

## Secondo incontro:

Il secondo incontro si è tenuto il 4 dicembre 2024, e dopo i saluti ai partecipanti da parte del Presidente dell'OMCeO di Verona Carlo Ruggiu e l'introduzione ai lavori da parte del Presidente del Comitato di Bioetica Giovanni Bonadonna e di Guglielmo Frapporti medico di medicina generale e componente del Comitato di Bioetica, sono stati trattati i seguenti temi:

- o **Relazione, fiducia, alleanza di cura** prolungata e continuativa come fattori fondativi del ruolo del medico di famiglia nel SSN: Roberto Mora - MMG
- o **Revoche, ricusazioni e segnalazioni** all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ULSS 9 Scaligera come indicatori di malessere nelle relazioni medico-paziente: Viviana Coffele - Direttrice della Funzione Territoriale dell'ULSS 9 Scaligera
- o **Ricusazioni di pazienti da parte dei medici:** aspetti giuridici, implicazioni medico-legali, percorsi per la corretta gestione delle ri-

cusazioni: Donatella Gobbi - Avvocata - Consulente Legale dell'OMCeO di Verona

- o **Le difficoltà nella relazione di cura:** vissuti dei medici di medicina generale e proposte per la crescita professionale e dei servizi nelle cure primarie: Sonia Zenari - medico di medicina generale - Comitato Aziendale ULSS 9 Scaligera

## Di seguito una sintesi degli interventi dei relatori:

Roberto Mora ha descritto l'evoluzione del modello della relazione di cura: **dal modello parternalistico alla relazione di cura con un cittadino consapevole e partecipe**, un relazione di cura basata sull'ascolto, l'informazione, la condivisione e sul consenso partecipato, oltre che sul diritto alla riservatezza (questo sia in base ai principi dell'etica medica, sia ai principi costituzionali ed alle attuali norme deontologiche e giuridiche).

Nel corso degli ultimi anni, l'immagine sociale del medico di medicina generale ha subito una particolare evoluzione: dal "dottore" che **coniugava la dimensione professionale con quella umana**, condividendo l'ambiente di vita e la socializzazione con i suoi pazienti, al "medico" che agisce con distacco professionale, erogando prestazioni basate su criteri di "evidence based medicine", spesso vissuti come antitetici rispetto a quelli della "patient based medicine".

Inoltre, le nuove scoperte scientifiche, il continuo progresso tecnologico ed una comunicazione spesso trionfalistica e poco obiettiva, hanno contribuito a diffondere in molte persone una "suggerione di onnipotenza della medicina", che rende inaccettabile l'insuccesso delle cure e diventa un elemento di criticità nelle relazioni.

Allo stesso tempo, si stanno diffondendo sempre più movimenti di opinione che alimentano la sfiducia nel metodo scientifico, tra questi ad esempio il rifiuto delle vaccinazioni e talvolta la pretesa che il medico assecondi richieste di pratiche di cura infondate o illegittime.

Per le ragioni suddette la relazione di cura, particolarmente nelle cure primarie, è diventata problematica e

spesso fonte di tensioni tra medico e persona assistita. Il ruolo del medico di famiglia, basato sul rapporto fiduciario, di prossimità e di lunga durata, ha importanza fondamentale per garantire efficacia, efficienza e sostenibilità al SSN<sup>(16)</sup>, ma la persona assistita ha bisogno soprattutto di **ascolto e disponibilità, presupposti indispensabili per la fiducia e l'alleanza di cura**.

Il relatore ha concluso il suo intervento facendo riferimento al **"patto per la salute"** un accordo tra medici e cittadini proposto da FNOMCeO e Cittadinanzattiva nel 2019<sup>(17)</sup>, che hanno elaborato un **"vademecum"** ed un **"decalogo"**, dove sono elencati i diritti e doveri dei medici e dei cittadini<sup>(18)</sup>.

Viviana Coffele, direttrice della Funzione Territoriale dell'ULSS 9, ha riferito i dati relativi alle segnalazioni all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP): su un totale di circa 3.500 segnalazioni nel 2024, solo 197 riguardano i medici di famiglia, che nella ULSS 9 sono 510. La relatrice ha riferito che dai contatti avuti con le persone che hanno fatto le segnalazioni si ricava l'opinione che nelle segnalazioni spesso oltre alla richiesta di intervento sul medico vi sia **la ricerca di un rapporto fiduciario con il medico** stesso. Tra le motivazioni delle segnalazioni delle persone assistite **frequenti sono le problematiche relazionali** (poco tempo dedicato, scarsa cortesia), **organizzative** (difficoltà di contatto, non disponibilità a contatti via mail), **professionali** (difficoltà per le prescrizioni, certificazioni).

Le ricusazioni dei pazienti da parte dei medici di medicina generale sono state circa 500 ogni anno nel 2023 e nel 2024 e riguardano pochi medici, mentre alcuni medici non ricusano mai.

Nella maggior parte dei casi di ricusazione i medici esprimono come motivazione il **cessato rapporto fiduciario**, senza esplicitare motivazioni specifiche (che attengono alla privacy). La maggior parte dei medici, come ragioni della ricusazione adducono la pretesa di **prescrizioni inappropriate e la svalutazione della propria professionalità** da parte della persona assistita.

Da parte del cittadino ricusato spes-

so vi sono reazioni di **risentimento per non essere stati avvisati** della ricasazione da parte del medico e per averla appresa direttamente dalla ULSS. In tali casi, soprattutto quando i cittadini ricasati richiedono l'“accesso agli atti”, si crea la necessità di dare informazioni più precise sulle ragioni della ricasazione, per cui il medico responsabile ULSS, in quanto garante dell'accesso alle cure e del rapporto di cura medico paziente si trova nella necessità di dover trovare una soluzione, quale ad esempio invitare la persona assistita a rivolgersi direttamente al suo medico curante per avere chiarimenti.

La relatrice ha poi evidenziato il profondo **mutamento dei bisogni assistenziali** e la necessità di una trasformazione della medicina di famiglia. Il PNRR ha posto come obiettivo fondamentale dei percorsi di cura la **prossimità alla persona assistita** ed il domicilio come primo luogo di cura. Per perseguire la **“centralità della persona”** sostenuta dal SSN, ma anche dai criteri di accreditamento delle strutture e dei servizi, oltre alla ricerca delle best practice professionali è **indispensabile l'ascolto, il dialogo e la diffusione di una cultura etica della cura.**

Donatella Gobbi, avvocata consulente dell'OMCeO, ha approfondito il tema della ricasazione dell'assistito da parte del medico di famiglia. La ricasazione è una procedura peculiare del rapporto medico paziente della medicina di famiglia, che non esiste in altri ambiti di cura e che può essere giustificata solo dal **venir meno nella relazione di cura della fiducia reciproca.**

Il rapporto convenzionale pone il medico di famiglia in una posizione particolare tra l'obbligo di garantire l'assistenza sanitaria al cittadino sancito dal contratto, che il medico ha con la ULSS, e la possibilità di interrompere l'erogazione di tale assistenza **mediante la ricasazione**, nel caso ricorrano **“eccezionali ed oggettivi motivi di incompatibilità”** che **costituiscano turbativa del rapporto di fiducia.** (vedi ACN MMG - Art 40<sup>(19)</sup>). Nella procedura contrattuale il medico comunica all'ULSS la ricasazione, senza entrare nel merito delle motiva-

zioni specifiche per la tutela della privacy (l'ULSS quindi non è in grado di accertare gli “eccezionali e oggettivi motivi”), ma **non è prevista la comunicazione al cittadino.** La mancata comunicazione rappresenta un'**asimmetria nella relazione con il cittadino che spesso suscita reazioni di irritazione e di risentimento.**

Su questo aspetto è necessario riflettere per costruire **percorsi relazionali di reciproco rispetto tra medico e persona assistita.** A tal proposito è necessario tener presente che contrattualmente il medico deve in ogni caso garantire la continuità delle cure fino al 16° giorno, e anche oltre se il cittadino ha bisogno di cure urgenti e che non può ricasare un paziente, se non vi sono altri medici disponibili nell'ambito o per ridurre il suo massimale e che **l'art 23 del codice deontologico dei medici (CDM)** impegna il medico a garantire la continuità delle cure anche in caso del venir meno del rapporto di fiducia, garantendo la propria sostituzione e **informando l'assistito** (vedi CDM 2014 - Art 23<sup>(20)</sup>). La relatrice ha fatto inoltre presente che in caso di ricasazione da parte del medico, la persona assistita spesso fa una segnalazione all'Ordine dei Medici, segnalando il comportamento del medico come deontologicamente scorretto ed ha sottolineato che la **mancata comunicazione della ricasazione al cittadino da parte del medico è spesso causa di ulteriore conflitto con il medico stesso.**

Sonia Zenari ha ripreso ed approfondito i temi emersi nel primo incontro e ha riferito i risultati di uno studio osservazionale sul rischio di burnout tra i medici di famiglia e i medici in formazione della Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Veneto, condotto con un questionario specifico (*ProQOL-Health*) e 5 focus group<sup>(21)</sup>. Allo studio hanno partecipato 499 medici 240 dei quali in formazione e 259 titolari. Il rischio di burnout è risultato sovrapponibile tra titolari e medici in formazione specifica in medicina generale, risultando correlato principalmente al **sovraccarico lavorativo e ad un elevato numero di pazienti.** Dai focus group è emerso inoltre, che la prolungata contattabilità per multi-

pli canali e il carico burocratico rappresentano i maggiori fattori di stress lavorativo e di burnout. Sono risultati fattori protettivi il supporto di un tutor e la “soddisfazione da compassione”. Alla fine del suo intervento, la relatrice ha formulato **alcune proposte per la crescita professionale e dei servizi nelle cure primarie:**

- o **proposte di formazione:** iniziative di formazione su temi di bioetica, deontologia, medical humanities e gestione dei conflitti per rafforzare i valori fondamentali della professione e per diffondere la cultura della comunicazione, della relazione e dell'alleanza di cura.
- o **proposte per il miglioramento organizzativo:** iniziative aventi l'obiettivo di “stabilire regole chiare con i pazienti per il corretto e proficuo utilizzo dei servizi di medicina di famiglia” e di “migliorare l'integrazione e la collaborazione tra i professionisti e tra ospedale e territorio”.
- o **proposte per il sostegno ai professionisti:** iniziative di valutazione periodica del rischio di burnout, costituzione di gruppi di autoaiuto e/o gruppi di sostegno psicologico ai medici delle cure primarie, anche con il supporto diretto dell'ULSS, con l'obiettivo di preservare e dare valore alla **risorsa umana come risorsa di cura.**

Alla fine dei lavori, dopo la discussione e la riflessione su quanto emerso nel corso dei due incontri sul tema “Prendersi cura di chi cura”, **in aggiunta alle precedenti sono state avanzate le seguenti ulteriori proposte per il miglioramento della relazione di cura nelle cure primarie:**

1. **l'elaborazione di “linee di indirizzo per il percorso della ricasazione”** previsto dall'art 40 dell'ACN, perché qualora si rendesse inevitabile, avvenga nel rispetto della deontologia medica e del diritto alle cure del cittadino,

prevedendo anche una comunicazione al cittadino da parte del medico. Questo documento dovrebbe essere concordato tra Medici di Famiglia, OMCeO e ULSS, ed approvato nel Comitato Aziendale per la medicina Generale.

2. **l'elaborazione di un promemoria sul significato e le conseguenze delle segnalazioni all'URP** concordato tra ULSS e Medici di Famiglia, da utilizzare come metodo per la prevenzione e la risoluzione dei conflitti.
3. **l'elaborazione di un promemoria redatto dall'Ordine dei Medici** e rivolto a tutti gli iscritti sul **significato e le implicazioni delle segnalazioni all'Ordine da parte dei cittadini.**
4. **l'organizzazione di una iniziativa pubblica promossa dall'Ordine, occasione di confronto e di dialogo con i cittadini**, con la partecipazione di ULSS, Conferenza dei Sindaci ed associazioni rappresentative di professionisti e di cittadini, con l'obiettivo di promuovere **indicazioni e raccomandazioni per un utilizzo appropriato e proficuo delle Cure Primarie e dei servizi del SSN.**

## Bibliografia

1. Morin E. Cambiamo strada: Le 15 lezioni del coronavirus. Raffaello Cortina Ed. Milano. 2020
2. Giarelli G. Il malessere della medicina: un confronto internazionale. FrancoAngeli, 2003.
3. Padula M.S., Ilari G., Baraldi S., Guaraldi G.P., Ferretti E., Musiani V., Svampa E., Venuta, M. (2008). Il burnout nella medicina generale: Personalità del medico e personalità del paziente. Rivista Della Società Italiana Di Medicina Generale,
4. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
5. The Lancet. Physician burnout: a global crisis. Lancet 2019;394:93
6. Lee RT, Seo B, Hladkyj S, Lovell BL, Schwartzmann L. Correlates of physician burnout across regions and specialties: A meta-analysis. Hum. Resour. Health 2013, 11, 48
7. J, Yaman H, Esteve M, Dobbs F, Asenova R, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Fam Pract 2008; 25: 245–65
8. Edwards ST, Marino M, Balasubramanian BA, et al. Burnout Among Physicians, Advanced Practice Clinicians and Staff in Smaller Primary Care Practices. J. Gen. Int. Med. 2018, 33, 2138–2146
9. Adarkwah CC, Schwaffertz A, Labenz J, Becker A, Hirsch O. Burnout and work satisfaction in general practitioners practicing in rural areas: Results from the HaMedSi study. Psychol. Res. Behav. Manag. 2018, 11, 483–494
10. Kacelenbogen N, Offermans A-M, Roland M. Le burnout des médecins généralistes en Belgique: 28 conséquences sociétales et pistes de solution. Rev Méd Brux 2011; 32: 413–23
11. Europe wonca. pdf.2011 in <https://www.globalfamilydoctor.com>
12. Rapporto CREA n.18/2022 in <https://www.creasanita.it/attivita-scientifiche/pubblicazioni/>
13. Semi, G. L'osservazione partecipante. Una guida pratica. Bologna: il Mulino. 2010
14. Czarniawska-Joerges B. Narrating the organization: Dramas of institutional identity. University of Chicago Press, 1997
15. Glaser, B. G. & Strauss, A. L. The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine. 1967
16. Ivis S, Addorisio A, Bolzonella S, Casini M "Le relazioni di cura nell'era delle intelligenze artificiali" Cultura e Salute Editorie – Perugia 2024
17. <https://portale.fnomceo.it/la-cura-di-coppia-e-riuscita-cittadini-e-medici-sigilano-il-patto-per-la-salute-chiesto-un-tavolo-di-confronto-sull'autonomia-differenziata>
18. <https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/10729-lanciata-la-campagna-cura-di-coppia-da-cittadinanzattiva-tribunale-per-i-diritti-del-malato.html>
19. <https://www.sisac.info/anteprima-NewsHome.do?tipo=WEB&idArea=201011221610481056&idNews=20240408092317568>  
Vedi: **ACN MMG - Art. 40 - REVOCA E RICUSAZIONE DELLA SCELTA**
- 1 Il cittadino può revocare in qualsiasi momento la scelta del medico, utilizzando le procedure dell'Azienda, ed effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.
- 2 Il medico a ciclo di scelta che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può ricusare la scelta dando comunicazione alla competente Azienda. Tale ricusazione deve essere motivata da eccezionali ed oggettivi motivi di incompatibilità ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettera b), D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni. Tra i motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la ricusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.
- 3 Non è consentita la ricusazione qualora nell'ambito territoriale di scelta non sia operante altro medico con disponibilità di scelte, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità. In tal caso è sentito il Comitato aziendale di cui all'articolo 12.
- 4 I medici che abbiano esercitato l'auto-limitazione del massimale non possono avvalersi dello strumento della ricusazione per mantenersi al di sotto del limite dell'autolimitazione o per rientrare nel massimale.
20. <https://portale.fnomceo.it/codice-deontologico/>  
Vedi: **CDM 2014 - ART 23 – CONTINUITÀ DELLE CURE**
- Il medico garantisce la continuità delle cure e, in caso di indisponibilità, di impedimento o del venire meno del rapporto di fiducia, assicura la propria sostituzione informando la persona assistita.
21. Burnout syndrome and risk factors in trainees and fully qualified GPs: an observational study, Rizzotto L, Luzi Crivellini L, Cesaro A, Rigon G, Del Zotti F, Zenari F -Abstract Book of the 99th EGPRN Meeting Budapest, Hungary 17-20 October 2024 ISBN: 978-90-833732-4-9

## Esercizio abusivo della professione medica e/o odontoiatrica

La **Corte di Cassazione, seconda sezione penale**, con la recente **sentenza n. 43108/2024, depositata il giorno 26.11.24**, nel respingere il ricorso di un imputato avverso una decisione del giudice d'appello che aveva confermato la sentenza di primo grado con la quale era stato condannato alla pena di 4 mesi di reclusione per **esercizio abusivo della professione medica** (art. 348 c.p.), ha affermato i seguenti principi di diritto: ai fini dell'integrazione del predetto reato rileva l'esercizio della professione in assenza dei provvedimenti abilitativi sia perché mai conseguiti, sia perché venuti meno in esito a provvedimenti di radiazione e sospensione, sia, ancora, per inadempita iscrizione all'albo professionale; che occorre verificare se l'attività concretamente esercitata implichi il compimento di attività che solo chi è abilitato all'esercizio di una determinata professione può lecitamente eseguire, in quanto **l'elemento materiale del reato è costituito dal compimento senza titolo di atti che, pur non attribuiti singolarmente in via esclusiva a una determinata professione, siano univocamente individuati come di sua specifica ed esclusiva pertinenza**; che la relativa abusiva attività sia realizzata con modalità tali, per

continuatività, onerosità e organizzazione, da creare, in assenza di chiare indicazioni diverse, le oggettive apparenze di un'attività professionale svolta da soggetto regolarmente abilitato. La Suprema Corte, inoltre, con specifico riferimento all'attività medica, ha precisato che **integra il reato il concreto svolgimento di atti tipici**, cioè di atti riservati a detta professione, escludendo che possa assumersi qualche rilievo, in senso negativo, la circostanza che l'agente non si presenti come "medico", ma come esercente un'attività alternativa a quella della medicina tradizionale; che **irrillevante è il dato della perizia, capacità e abilità del soggetto**, come quello della esattezza dei giudizi tecnici espressi e dell'esito positivo delle cure praticate; che spettano al professionista abilitato l'attività di "diagnosi" (cioè l'individuazione di una alterazione organica o di un disturbo funzionale), di "profilassi" (cioè la prevenzione della malattia) e la "cura" (cioè l'indicazione dei rimedi diretti ad eliminare le patologie riscontrate ovvero a ridurne gli effetti); che, quindi, **commette il reato di esercizio abusivo della professione medica anche colui che esprima giudizi diagnostici, fornisca consigli ed appresti rimedi volti ad eliminare**

**inestetismi, ogni qualvolta a tal fine sia necessario procedere mediante tecniche chirurgiche o con procedure altrimenti non consentite se non al medico in ragione della loro invasività o rischiosità.**

Ha aggiunto la Cassazione che **integrano il delitto di esercizio abusivo della professione medica** le condotte consistenti nella **diretta rilevazione delle impronte dentarie e nell'ispezione della cavità orale** del paziente da parte di un odontotecnico per verificare le condizioni di una protesi o per installarla, posto che per tale figura professionale l'art. 11, R.D. 31 maggio 1928, n. 1334 preclude qualunque manovra nella bocca del paziente; che la fattispecie oggetto di giudizio riguarda un soggetto privo della necessaria abilitazione che per trattare una disfunzione (indicata nella CTU come "cranio cervico mandibolare") ha compiuto atti riservati a un professionista consistiti nell'acquisizione dell'impronta dentaria, nella diagnosi della patologia e nella relativa cura, quest'ultima realizzata con l'inserimento di "placche occlusali" regolabili.

A CURA DI SERGIO FUCCI - GIURISTA E BIOETICISTA, GIÀ CONSIGLIERE PRESIDENTE LA CORTE D'APPELLO DI MILANO

## Copertura assicurativa

La **Corte di Cassazione, terza sezione civile**, con la recente **sentenza n. 29489/2024, depositata il 15.11.24**, nell'accogliere il ricorso di una casa di cura avverso la decisio-

ne del giudice d'appello che aveva escluso che la polizza stipulata dalla struttura sanitaria non copriva il danno causato dai suoi collaboratori, ha affermato che in presenza di una

polizza assicurativa della clinica in relazione alla responsabilità civile derivante dalla sua complessiva attività, senza previsione di franchigie, **rientra nel rischio assicurato anche il dan-**

**no causato a un paziente ivi ricoverato da una condotta imputabile al personale che lavora nella o per la struttura**, sempre che nel contratto non vi sia una clausola limitativa di questo rischio.

La Suprema Corte ha precisato che la clausola di descrizione del rischio nella fattispecie stabilisce che *“la società si obbliga a tenere indenne l'assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (...) a titolo di risarcimento (...) in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'esercizio dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione, compresa la responsabilità civile derivante dall'assicurato per fatti imputabili al personale, compreso quello (...) dipendente”* e che dunque nella descrizione del rischio è inclusa la responsabilità della casa di cura per il fatto proprio, per il fatto dei dipendenti e per il fatto dei non dipendenti, sen-

za nessuno spazio per elucubrazioni manipolative o limitative del senso; che erroneamente il giudice d'appello per escludere la predetta copertura aveva valorizzato una successiva clausola che prevedeva che *“la garanzia responsabilità civile verso i terzi non comprende i danni derivanti dalla responsabilità personale dei medici (...) ed altro personale non dipendente”*; che, infatti, i danni “derivanti da responsabilità personale” dei medici esclusi dalla copertura assicurativa sono solo quelli ascrivibili ad una responsabilità “personale”, cioè ricadente sul medico stesso; che, quindi, non sono invece esclusi, in base a tale tenore letterale della clausola, i danni derivanti dalla responsabilità della struttura conseguenti all'attività espletata, per quella o presso di quella, dai medici e dall'altro personale non dipendente.

La sentenza impugnata è stata quindi cassata in relazione ai motivi accolti e la causa è stata rinviata per il prosieguo ad altro giudice d'appello che si dovrà attenere al principio di diritto stabilito dalla Cassazione.

A CURA DI SERGIO FUCCI - GIURISTA E  
BIOETICISTA, GIÀ CONSIGLIERE PRESSO  
LA CORTE D'APPELLO DI MILANO

## CODICE DEONTOLOGICO 2024

### Art. 64

#### **Rapporti con l'Ordine professionale**

*Il medico deve collaborare con il proprio Ordine nell'espletamento delle funzioni e dei compiti ad esso attribuiti dall'ordinamento. Il medico comunica all'Ordine tutti gli elementi costitutivi dell'anagrafica, compresi le specializzazioni e i titoli conseguiti, per la compilazione e la tenuta degli Albi, degli elenchi e dei registri e per l'attività di verifica prevista dall'ordinamento.*

*Il medico comunica tempestivamente all'Ordine il cambio di residenza, il trasferimento in altra provincia della sua attività, la modifica della sua condizione di esercizio ovvero la cessazione dell'attività. Il medico comunica all'Ordine le eventuali infrazioni alle regole di reciproco rispetto, di corretta collaborazione tra colleghi e di salvaguardia delle specifiche competenze.*

*I Presidenti delle rispettive Commissioni di Albo, nell'ambito delle loro funzioni di vigilanza deontologica, possono convocare i colleghi iscritti in altra sede ma esercenti la professione nella provincia di loro competenza, informando l'Ordine di appartenenza al quale competono le eventuali valutazioni disciplinari.*

*Il medico eletto negli organi istituzionali dell'Ordine svolge le specifiche funzioni con diligenza, imparzialità, prudenza e riservatezza.*

# Più opportunità e più soldi per gli specializzandi

Sono tre le principali novità per gli specializzandi contenute nella legge di bilancio, approvata a fine anno dal parlamento. In sostanza, il testo amplia le opportunità di occupazione dei medici in formazione specialistica abolendo le incompatibilità lavorative, potenziando il decreto legge “Calabria” per l’assunzione nella sanità pubblica e aumentando lo stipendio.

## ABOLIZIONE DELLE INCOMPATIBILITÀ

Al comma 338, la legge proroga la possibilità di svolgere 8 ore di lavoro settimanali fino al 31 dicembre 2026. Allo stesso tempo, il provvedimento amplia all’attività libero professionale le opportunità di impiego, da svolgere attraverso contratti libero-professionali o di collaborazione coordinata e continuativa. Sono compresi tutti gli incarichi in cui è richiesta la sola laurea in medicina o una specializzazione eventualmente già conseguita dal medico in formazione, che prima erano preclusi ai medici in formazione specialistica. L’attività extra, che può essere svolta in strutture pubbliche e private – convenzionate o meno con il SSN – deve ricadere al di fuori dell’orario della formazione, senza che lo specializzando chieda un nulla osta al direttore della scuola di specializzazione. La misura si interseca con le disposizioni del decreto milleproroghe, approvato a fine anno, che ha esteso al 31 dicembre 2025 la possibilità per le aziende sanitarie di reclutare specializzandi per incarichi semestrali di lavoro autonomo e medici al penultimo e all’ultimo anno di formazione specialistica, per incarichi semestrali a tempo determinato. Anche il conferimento di incarichi di lavoro autonomo ai laureati in medicina, anche privi della specializzazione, è stato esteso al 31 dicembre 2025.

## ASSUNZIONI DL “CALABRIA”

Il comma 342 estende la possibilità di assunzione degli specializzandi dal secondo anno di corso come dirigenti part-time fino al 31 dicembre 2027 e amplia tale opportunità anche agli ospedali al di fuori della rete formativa della scuola di specializzazione frequentata.

È bene ricordare che i dirigenti part-time vengono assunti con contratto a tempo determinato e vengono stabilizzati per diventare dirigenti a tempo indeterminato una volta che acquisiscono il diploma di specializzazione (maggiori informazioni nella Guida per i medici dipendenti).

Nel testo della legge di bilancio, che motiva la misura col fine della riduzione delle liste d’attesa, dà via libera alle assunzioni alle “aziende e gli enti del SSN, nonché le strutture sanitarie private accreditate, le cui unità operative non appartengono alla rete formativa per la disciplina oggetto di concorso”.

## AUMENTO DEL COMPENSO

Il comma 336 della legge di Bilancio introduce aumenti mensili tra gli 80 e i 198 euro netti.

Dall’anno accademico 2025-2026 – vale a dire da ottobre del prossimo anno, precisano i sindacati della categoria – la parte fissa del trattamento economico è aumentato del 5 per cento per tutte le specializzazioni. In termini reali si tratta di 80 euro netti al mese in più.

In aggiunta, il comma stabilisce un aumento del 50 per cento della parte variabile del trattamento per chi frequenta alcune specializzazioni.

In cifre concrete, l’aumento ulteriore è di 82 euro per il primo biennio e 118 euro per i successivi anni per una serie di specializzazioni: anatomia patologica, anestesia rianimazione, audiologia e foniatria, chirurgia generale, chirurgia toracica, farmacologia e tossicologia clinica, genetica medica,

geriatria, igiene e medicina preventiva, malattie infettive e tropicali, medicina di comunità e delle cure primarie, medicina d’emergenza-urgenza, medicina e cure palliative, medicina interna, medicina nucleare, microbiologia e virologia, nefrologia, patologia clinica e biochimica clinica, radioterapia, statistica sanitaria, biometria.

## SINDACATI

Le novità introdotte con la manovra finanziaria, come fanno notare le associazioni Anaaio Giovani, Als e Gmi, aprono ai giovani medici nuove opportunità in “decine di attività lavorative ad oggi precluse ad oltre quarantamila specializzandi” che “inquadri da studenti non potevano svolgere atti medici”.

Inoltre, il potenziamento del decreto “Calabria” “sblocca migliaia di specializzandi vincitori di centinaia di concorsi”.

L’incremento del compenso agli specializzandi suscita, invece, anche la perplessità delle sigle sindacali dei medici in formazione specialistica, per l’esiguità “rispetto all’inflazione di questi ultimi due decenni” e soprattutto per il fatto che una parte riguarda “solo per alcune specialità”, è il commento di Anaaio Giovani, Als e Gmi, che annunciano la prosecuzione del loro lavoro per l’ottenimento di “un aumento di maggiore entità uguale per tutti e soprattutto immediato e non procrastinato”.

ANTIOCO FOIS

# Medicina generale, non c'è più incompatibilità tra scuola e incarichi

I medici non saranno più costretti a scegliere tra corso in medicina generale e incarichi. Il decreto "Milleproroghe" ha messo a regime, senza più bisogno di proroghe da emanare anno per anno, la compatibilità tra corso di formazione in medicina generale e l'assegnazione di incarichi convenzionali, come ad esempio la convenzione a ciclo di scelta con massimale a 1000 pazienti prevista dall'Accordo collettivo nazionale di categoria, gli incarichi provvisori e di sostituzione. Il decreto, varato come misura per fare fronte alla carenza di medici di famiglia, interviene in materia di incompatibilità e scioglie definitivamente i dubbi sulla compatibilità per un medico che frequenta il corso per diventare medico di medicina generale di assumere incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione.

## NON PIÙ AUT AUT

La prima misura che nelle scorse settimane ha cancellato l'aut aut tra corso in medicina generale e incarichi è il

decreto del ministro della Salute emanato alla fine dello scorso novembre. L'atto a firma del ministro Schillaci ha anticipato il "Milleproroghe", dando la possibilità ai medici che in quei giorni si iscrivevano al corso di formazione del triennio 2024/2027 di "mantenere gli incarichi convenzionali" inclusi "gli incarichi nell'ambito della medicina penitenziaria, in essere al momento dell'iscrizione".

La misura è stata emessa in deroga a un precedente decreto ministeriale, che vietava al medico in formazione l'esercizio di qualsiasi attività e qualsiasi rapporto con il Servizio sanitario nazionale o enti e istituzioni pubbliche o private, anche di carattere saltuario o temporaneo.

I medici titolari di incarichi convenzionali che sono entrati nel corso di medicina generale non sono stati quindi costretti a scegliere tra l'una e l'altra attività. Inoltre, le ore di attività svolte nell'ambito degli incarichi vengono "considerate a tutti gli effetti quali attività pratiche".

## LA COMPATIBILITÀ DIVENTA STRUTTURALE

La misura che rende strutturale nel tempo la compatibilità, per tutti i medici in formazione, tra incarichi e corso in medicina generale è il decreto "Milleproroghe".

Il decreto manda a regime, senza necessità di ulteriori proroghe, la possibilità per tutti i medici che si iscrivono al corso in medicina generale di "mantenere gli incarichi già assegnati" e "partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali", "inclusi quelli provvisori e di sostituzione".

Diventa quindi strutturale anche la possibilità dei medici in formazione in medicina generale e in pediatria di assumere incarichi provvisori o di sostituzione di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta convenzionati.

Le ore di attività svolte nell'ambito degli incarichi vengono considerate attività pratiche.

ANTIOCO FOIS

# Legge di bilancio 2025

## ECCO LE PRINCIPALI NOVITÀ

Elenchiamo alcune tra le più importanti novità previste dalla Legge di Bilancio 2025:

### LIMITE ALLE DETRAZIONI PER CHI HA REDDITI SUPERIORI A 75.000 EURO:

Introduzione dal 2025, per i contribuenti che hanno un reddito superiore ad euro 75.000 di un tetto alle spese che si possono portare in detrazione

(comprese quelle per bonus edilizi). Questo tetto massimo sarà da calcolare in funzione dell'ammontare del reddito e del numero di figli a carico. Se il reddito è tra i 75.000 euro e i 100.000 euro, le detrazioni spettanti sono al massimo pari a € 14.000 in caso di 3 o più figli, 11.900 € con 2 figli, 9.800 € con 1 figlio e 7.000 € se non sono presenti figli a carico. Per i redditi superiori a 100.000 euro, le detrazioni spettanti

si riducono ulteriormente.

Per fare un esempio: un contribuente con reddito compreso tra 75.000 e 100.000 euro, senza figli a carico, che realizza nel 2025 lavori di ristrutturazione per 90.000 euro, fino all'anno scorso, con il bonus ristrutturazione 50%, avrebbe potuto detrarre 45.000 euro in 10 anni cioè 4.500 all'anno, mentre per i lavori sostenuti dal 2025, con il nuovo tetto di spesa di 7.000 euro annui, po-

trà detrarre il 50% di tale ammontare, cioè 3.500 euro all'anno (comprendendo dentro questo tetto anche tutte le altre detrazioni per spese istruzione, università, sport, assicurazioni, ecc). Altro esempio: se un contribuente con reddito superiore a 100.000 euro e con un figlio a carico, realizza nel 2025 lavori di ristrutturazione di 90.000 euro, fino all'anno scorso, avrebbe potuto detrarre 45.000 euro in 10 anni cioè 4.500 all'anno. Dal 2025, con il nuovo tetto di spesa di 5.600 euro annui, potrà detrarre il 50% di tale ammontare, cioè 2.800 euro all'anno, comprendendo anche tutte le altre detrazioni sopra nominate.

Elenchiamo alcune spese che non saranno soggette a limitazioni: spese mediche, spese investite in startup innovative, spese investite in PMI innovative, interessi su mutui stipulati ante 31.12.24, premi di assicurazioni stipulate ante 31.12.2024, spese bonus edilizi ante 31.12.2024.

## **RIDUZIONE DETRAZIONI PER LAVORI EDILI SU SECONDE CASE:**

La detrazione per il recupero del patrimonio edilizio, da ripartire in 10 quote annuali e considerando il limite massimo di spesa agevolabile di € 96.000, nel 2025 sarà riconosciuta nella misura del 50% solo per le spese sostenute sull'abitazione principale, mentre invece si riduce al 36% negli altri casi.

Stessa sorte anche per gli interventi di risparmio energetico e rischio sismico: nel 2025 è riconosciuta nella misura del 50% per le sole spese sostenute sull'abitazione principale e del 36% negli altri casi

Nessuna agevolazione per gli interventi di sostituzione degli impianti di climatizzazione invernale con caldaie alimentate esclusivamente a gas.

Il bonus mobili è confermato anche per il 2025 (sugli immobili oggetto di interventi di recupero edilizio iniziati dall'1/1/2024) nella misura del 50% e nel limite massimo di spesa di € 5.000. Non è stata prorogata la detrazione per il "bonus verde" nel 2025.

## **DETRAZIONI PER FAMILIARI A CARICO:**

Sarà riconosciuta per i figli di età massima fino a 30 anni (o di età superiore solo se il figlio è disabile). Rimane uguale il limite di età per l'Assegno Unico dall'Inps.

La detrazione prevista per gli "altri familiari" a carico sarà riconosciuta soltanto per ciascun ascendente convivente con il contribuente.

## **NUOVO BONUS ELETTRODOMESTICI:**

Introdotta, solo per il 2025, un nuovo bonus elettrodomestici di max 100 euro (o 200 euro nel caso di ISEE inferiore a 25.000), per incentivare l'acquisto di elettrodomestici ad alta efficienza energetica prodotti in Europa con classe non inferiore alla B (in misura pari al 30% del costo del singolo elettrodomestico).

## **DETRAZIONE PER SPESE DI ISTRUZIONE:**

È stato innalzato ad € 1.000 il limite detraibile per la frequenza di scuole dell'infanzia, primaria, secondaria, ma con le limitazioni sopra descritte se si hanno redditi superiori a 75.000 euro.

## **TRACCIABILITÀ DELLE SPESE DI RAPPRESENTANZA, VITTO, VIAGGIO, TRASFERTA:**

A partire dal 2025 sarà necessario effettuare il pagamento con modalità tracciabili per poter dedurre le seguenti spese da parte dei professionisti:

- spese di rappresentanza,
- rimborso spese trasferte fuori dal Comune di lavoratori dipendenti (vitto, alloggio e trasporto con autoservizi pubblici non di linea),
- prestazioni alberghiere, somministrazione alimenti, viaggi e trasporto mediante autoservizi pubblici non di linea (taxi, ncc), addebitate analiticamente al cliente, nonché il rimborso analitico delle medesime spese per le trasferte dei dipendenti o corrisposte a lavoratori autonomi,
- spese vitto e alloggio, rimborso analitico spese di viaggio e tra-

sporto mediante autoservizi pubblici non di linea, sostenute per le trasferte dei dipendenti ovvero corrisposte a lavoratori autonomi.

## **AUMENTO IMPOSTA SOSTITUTIVA SULLE CRIPTO-ATTIVITÀ:**

È disposto l'aumento dal 26% al 33% dell'imposta sostitutiva applicabile alle plusvalenze realizzate dall'1/1/2026. È stata eliminata la soglia di esenzione di € 2.000, al di sotto della quale le plusvalenze o altri proventi non erano soggette ad imposta.

## **INVARIATO IL LIMITE ALL'UTILIZZO DEI CONTANTI:**

Il limite è rimasto pari ad euro 5000 anche per il 2025.

STUDIO COMMERCIALISTA

DOTT. DANIELA ZANARDI

Via Roma, 68

37066 Caselle di Sommacampagna VR

e-mail: danielazanardistudiozanardi.com

cell. 340/2903884

# Obbligo di fatturazione elettronica, ultime settimane per adeguarsi

I medici e dentisti che fanno libera professione e non hanno mai emesso una fattura elettronica devono attrezzarsi in vista del primo di aprile. Questa data, salvo ulteriori proroghe, segna la fine della fattura cartacea anche verso i pazienti privati.

Fino a marzo, infatti, come spiegato in precedenza dal Giornale della Previdenza in [quest'articolo](#), è stato prorogato il divieto/esenzione dell'uso della "e-fattura" nei confronti delle persone fisiche, dei soggetti con solo codice fiscale. I medici che finora hanno emesso solo fatture "cartacee" nei confronti dei pazienti privati e non hanno ancora adottato gli strumenti per la fatturazione in formato digitale, dovranno quindi adeguarsi in vista dell'entrata in vigore dell'obbligo.

## QUANDO SCATTA L'OBLIGO

L'uso della fattura elettronica è già in vigore per una pluralità molto ampia di soggetti, nell'ambito di visite mediche, consulenze, docenze, collaborazioni editoriali e molto altro. Già da tempo è obbligatorio l'uso delle "e-fatture" per tutte le prestazioni libero-professionali fatturate a soggetti che non siano pazienti in carne ed ossa. Quindi pubbliche amministrazioni, società e altri soggetti con partita Iva (come ad esempio altri medici).

Per la tutela della privacy, negli anni era stata fatta slittare l'entrata in vigore dell'obbligo della fatturazione in digitale anche nei confronti dei pazienti privati. La misura, che finora ha tenuto in vita i vecchi blocchetti cartacei, scadrà appunto il 31 marzo. Dal giorno successivo, tutte le fatture, incluse quelle verso i pazienti privati, dovranno perciò essere emesse in formato telematico.

## SERVE UN SOFTWARE

La prima cosa che serve per emettere una fattura elettronica è un software gestionale specifico. Un programma

informatico, che permette di compilare e inviare i documenti fiscali al sistema di interscambio dell'Agenzia delle entrate, che a sua volta controlla la validità dei dati inseriti nel documento e lo recapita al destinatario della fattura.

Le opzioni principali sono tre: utilizzare gli strumenti gratuiti presenti nel portale dell'Agenzia delle entrate, adottare uno dei software per la fatturazione elettronica reperibili sul mercato (l'Enpam ha stipulato diverse convenzioni per permettere ai propri iscritti di beneficiare di prezzi agevolati) o rivolgersi al proprio commercialista e sfruttare il programma informatico in utilizzo presso il suo studio professionale.

L'Agenzia delle entrate mette a disposizione un sistema gratuito per la fatturazione elettronica.

Si tratta del servizio 'Fatture e corrispettivi', un portale che permette di utilizzare una procedura direttamente da sito web per generare, trasmettere e conservare le fatture elettroniche emesse nei confronti sia di amministrazioni pubbliche e società che soggetti privati. Tra le funzioni che si possono sfruttare compilando le fatture direttamente nel portale web, c'è anche quella di trasmettere i dati delle fatture (emesse e ricevute) all'Agenzia delle entrate.

La fattura deve essere emessa contestualmente alla prestazione medica effettuata. Vale a dire in giornata o, nel caso di prestazioni nei confronti di uno stesso paziente nell'arco dello stesso mese (fattura differita), entro il 15 del mese successivo.

Ci sono invece 12 giorni per inviare la fattura al sistema di interscambio. Dopo l'invio occorre monitorare lo stato della fattura, che verso i privati può essere: consegnato, mancata consegna, scartato. In quest'ultimo caso è necessario inviare nuovamente la fattura entro cinque giorni.

Alla fine del procedimento, se i dati inseriti sono corretti e l'operazione è andata a buon fine, il sistema di interscambio risponde a chi ha emesso la fattura con una ricevuta di avvenuto recapito.

Per accedere al servizio telematico è necessario entrare nel sito dell'Agenzia delle entrate tramite identità digitale: Spid, carta di identità elettronica (Cie) o carta nazionale dei servizi (Cns) oppure con le credenziali rilasciate dall'Agenzia delle entrate.

È possibile scaricare, sempre dal sito dell'Agenzia delle entrate, un software per computer fisso che consente solo di compilare e salvare i file delle fatture elettroniche. L'Agenzia mette a disposizione anche l'app 'Fatturae' per smartphone e tablet, scaricabile negli store Ios e Android, che consente di trasmettere le fatture elettroniche al sistema di interscambio.

È bene sottolineare che, dopo avere emesso la fattura elettronica al paziente, medici e dentisti dovranno consegnargli anche una copia informatica (ad esempio un file pdf inviato per email) o cartacea, precisando che può consultare e scaricare la fattura originale nella sua area riservata del sito dell'Agenzia delle entrate.

## CAMBIANO ANCHE I BOLLI

Da aprile in poi, il passaggio alla fattura elettronica emessa anche per i pazienti "fisici" comporta anche una nuova gestione dell'imposta di bollo. Le fatture emesse in esenzione di Iva, che superano l'importo di 77,47 euro, devono infatti essere maggiorate di 2 euro, che sono a carico del paziente e che poi devono essere versati all'Agenzia delle entrate. Anche se il bollo non viene caricato nella fattura, il soggetto emittente ne è comunque responsabile per il pagamento all'Agenzia.

Oltre il 31 marzo prossimo si passa dall'obbligo della marca da bollo da

“appiccicare” sulla fattura cartacea all'imposta di bollo da assolvere in modalità virtuale. Col sistema informatizzato, l'importo di 2 euro va in-

serito nella sezione “Dati bollo” della fattura elettronica e poi la somma complessiva dei bolli riscossi va versata periodicamente tramite modello F24.

ANTIOCO FOIS

# Fattura cartacea addio, ma il sistema Ts resta

Dal 1° aprile 2025 la fattura cartacea non si dovrà più utilizzare e tutte le fatture, comprese quelle emesse direttamente ai pazienti, dovranno essere in formato digitale.

L'ultimo passo della riforma che ha reso i documenti fiscali emessi da medici e dentisti tutti in formato elettronico (i particolari in [questo articolo](#)) non esclude un altro adempimento, che è la trasmissione dei dati al sistema Ts (Tessera sanitaria). I camici bianchi che fanno libera professione devono quindi continuare a trasmettere le fatture delle proprie prestazioni al sistema informatico, utile anche al completamento della dichiarazione dei redditi precompilata dei pazienti.

### COS'È IL SISTEMA TS

Il sistema Ts è il servizio digitale del ministero dell'Economia per la rilevazione delle prescrizioni mediche e farmaceutiche e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali a carico del Ssn.

Come trattato nelle [Guide](#) pubblicate dal Giornale della previdenza, per cominciare la professione medici e dentisti devono accreditarsi al sistema Ts. L'iscrizione è necessaria per poter rilasciare certificati di malattia o fare prescrizioni in formato elettronico, oltre che una serie di adempimenti che sono di stretta competenza dei medici che lavorano in convenzione con il Ssn.

### ANCHE PER IL MONITORAGGIO DELLA SPESA

Inoltre, il sistema Ts, come accennato, è uno strumento utile anche al monitoraggio della spesa sanitaria ai fini fiscali. A partire dal 2016, strutture e figure professionali che erogano prestazioni sanitarie sono obbligate all'invio al sistema Ts delle fatture emesse nei confronti dei propri pazienti. L'invio delle fatture permette di mettere a disposizione dell'Agenzia delle entrate le informazioni che riguardano le spese sanitarie sostenute dai citta-

dini nel corso dell'anno. Dati che poi vanno a comporre la dichiarazione dei redditi precompilata.

Anche quando la fattura viene emessa in digitale e viene trasmessa al sistema di interscambio dell'Agenzia delle entrate, il professionista del settore sanitario è comunque tenuto alla trasmissione al sistema Ts.

### COME SI ACCEDE

I medici possono accedere al sistema Ts con le proprie credenziali oppure con una smart card conforme allo standard Cns (carte regionali, Ts-Cns).

Chi non lavora ancora in convenzione con il Servizio sanitario nazionale può richiedere le credenziali direttamente dal portale del sistema Ts e le riceverà al proprio indirizzo Pec, oppure può rivolgersi all'Ordine di appartenenza.

ANTIOCO FOIS

La Commissione FISCO Fimmg segnala che tra le modifiche rilevanti approvate in fase di conversione in legge del decreto Milleproroghe 2025 (decreto-legge n. 202/2024), spicca l'ennesima proroga del divieto di emettere fattura elettronica per gli operatori sanitari relativamente alle prestazioni svolte a favore dei propri assistiti. Nuova proroga: il divieto di fattura elettronica per il settore sanitario è esteso fino al **31 dicembre 2025** (emendamento Milleproroghe 2025).

## Cittadinanza per “Ius sanguinis” e “Ius Scholae”

In una recente lettera al BMJ (BMJ online March 5, 2015) un medico italiano (di Padova) paragonava il nostro SSN al rene di un paziente con Insufficienza Renale Cronica e scriveva che in quella patologia i nefroni ancora funzionanti devono farsi carico del lavoro che non svolgono più quelli che non funzionano e che questo, se in un primo momento è in grado di compensare il disturbo metabolico, alla fine il sovraccarico di lavoro danneggia quelli ancora funzionanti col risultato che alla lunga il paziente peggiora e deve ricorrere alla dialisi. Proprio come i nefroni funzionanti del rene con IRC, scriveva, che alla fine collassano, così anche nel nostro SSN quelle che sono le “core functional units”, i medici ospedalieri, gli infermieri ed i medici di famiglia,

sottoposti ad un “chronic overload” di lavoro stanno collassando; e dal momento che sono anche “frustrated and underpaid” stanno lasciando il SSN in “increasing numbers”.

Tra le cause di insoddisfazione e di sovraccarico di lavoro citava la burocrazia eccessiva, il cattivo coordinamento tra servizi dell’ospedale e quelli del territorio, il cattivo coordinamento di questi con i servizi sociali, ed il cattivo coordinamento tra specialisti e MMG.

IL risultato è quello che già ora il nostro SSN ha una carenza di 30.000 medici e 70.000 infermieri.

Ma mentre il paziente che vede peggiorare la sua IRC ha sempre la possibilità di ricorrere alla dialisi, il nostro SSN non ha tale via di scampo, a meno che non si imbocchi la strada

di una sua profonda ristrutturazione. Così come stanno le cose o si accetta l’allungamento delle liste d’attesa ed il peggiorare dell’assistenza pubblica, o si accetta l’avvento delle cure private, del mercato assicurativo e delle iniquità sociali.

L'altra sera su RAI 3 un servizio di “Presi Diretta” a titolo “Cittadinanza all’italiana”.

Vi si raccontava come negli ultimi tempi le richieste di cittadinanza italiana, da più parti del mondo, ma soprattutto dal Brasile, siano aumentate vertiginosamente al punto che nel Comune molisano di Montorio nei Frentani, le richieste sono state così numerose che il suo ufficio anagrafe è andato in crisi e il numero di residenti che era stato in calo riducendosi la popolazione residente al 20% di quel-



la che era anni prima, ora vede la sua popolazione (anche se non residente) risalire rapidamente.

Questo perché in Italia esiste una legge, la 91 del 1992, basata sullo **“ius sanguinis”** che permette a chi abbia un avo Italiano (purché deceduto dopo il 1871 anno della proclamazione del Regno d'Italia) di chiedere ed ottenere la cittadinanza italiana indipendentemente da alcun limite generazionale. E questo in Brasile, ma anche in altre parti del mondo, rappresenta un grosso vantaggio perché all'ottenimento della cittadinanza italiana scattano i benefici legati a chi la possiede.

Tra essi il diritto della libera circolazione nei paesi UE e quella di potervi trovare un posto di lavoro. Beneficio che una volta ottenuta la cittadinanza si estende ai figli, ai nipoti ed ai discendenti, indefinitamente.

Ma anche quello di potersi iscrivere gratuitamente all'AIRE (Assistenza Italiani Residenti all'Estero) che è una sorta di assicurazione contro le malattie che garantisce a chi è iscritto il diritto di ottenere in Italia le cure sanitarie Ospedaliere gratis.

A questi diritti, che già di per sé non sono poco, si aggiunge anche quello di partecipare alle votazioni politiche. Ma questo sembra che ai nostri brasiliani interessi meno, tant'è che la maggior parte di loro non sa neanche esista.

D'altra parte, molti tra loro non sa una sola parola di italiano e a malapena sa indicare sul mappamondo dove sia l'Italia.

A far da contraltare esiste in Italia un

numero, inferiore a quello degli aspiranti allo **“ius sanguinis”**, di persone che Italiane si sentono, ma alle quali la cittadinanza non viene concessa.

Tra loro tanti bambini, nati in Italia da genitori stranieri ma che vivono qui da decenni, che frequentano le nostre scuole in numero che è ormai pari a più del 10% della popolazione scolastica.

Per loro si invoca, da più parti, il riconoscimento dello **“ius scholae”**. Diritto che sarebbe previsto da una legge avanzata nel 2022 ma poi mai più approvata, che consentirebbe ai minori stranieri, nati in Italia o qui arrivati prima dei 12 anni di età, che abbiano completato un ciclo scolastico di almeno cinque anni, di ottenere la cittadinanza italiana.

A loro, che parlano italiano, conoscono la nostra storia e le nostre tradizioni, che sono integrati nei nostri valori e nelle nostre tradizioni, che si sentono italiani come tutti i loro compagni di scuola, viene concessa la possibilità di chiedere la cittadinanza solo al compimento del 18° anno di età e non oltre il 19°.

Per ottenerla, quella cittadinanza, le pratiche sono lunghe, estenuanti ed anche costose, al punto che buona parte di loro vi rinuncia, finendo nella frustrazione di sentirsi rifiutati da noi, ma anche dalla patria dei loro genitori. Tra loro atleti di valore, che solo per le loro preziose doti sportive sono riusciti a percorrere quelle strade in tempi rapidi. Ne andava di mezzo la possibilità di non potersi cimentare a livello internazionale con i colori italiani. Uno di loro ha corso con quei co-

lori i cento metri a squadre alle Olimpiadi di Tokio nel 2021.

Ma per tornare ai nostri nefroni minacciati dal superlavoro compensatorio nell'Insufficienza Renale e alla loro analogia con il nostro SSN ed i suoi frustrati operatori .....

Vi immaginate cosa potrebbe mai capitare se tutti quei brasiliani e tutti i discendenti di italiani emigrati all'estero negli ultimi 150 anni (parliamo, si badi bene, di un numero di persone pari quasi a quello degli italiani attualmente residenti in Italia) decidessero di utilizzare la loro assicurazione AIRE per ottenere gratis le cure del nostro SSN ?

Come per il paziente che ha visto il collasso dei suoi nefroni residui, non resterebbe che la speranza di un recupero in **“corner”**. E mentre per il nostro malato di reni vi sarebbe la possibilità di ottenere gratis il trattamento emodialitico garantito SSN, questo non varrebbe per i malati esteri, ma anche per quelli nostri, che sarebbero a quel punto costretti a pagarsi o l'assicurazione malattia o le cure.

ROBERTO MORA

## CODICE DEONTOLOGICO 2024

### Art. 4

#### **Libertà e indipendenza della professione. Autonomia e responsabilità del medico**

*L'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità.*

*Il medico ispira la propria attività professionale ai principi e alle regole della deontologia professionale senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura.*

# Covid, Iss: il lockdown ha funzionato, frenò la diffusione.

PALAMARA: NECESSARIA REVISIONE DELL'OMS

Il primo lockdown durante la pandemia ha consentito di ridurre in due settimane l'indice di trasmissibilità  $R_0$  da circa 3 a meno di 1. È quanto ha ricordato Patrizio Pezzotti, direttore del reparto di Epidemiologia, Biostatistica e Modelli Matematici dell'Istituto Superiore di Sanità in Commissione Covid. "Naturalmente ci siamo posti la domanda se valesse la pena fare il lockdown oppure se fosse sufficiente limitarlo alla Lombardia e al Veneto. Su questo abbiamo condotto un'analisi pubblicata sulla rivista *Emerging Infectious Diseases*", ha spiegato Pezzotti. "Nella gran parte delle Regioni, l'indice di trasmissibilità era intorno a 3; **con il lockdown in due settimane si è sceso sotto 1, il numero chiave per contenere un'epidemia**", ha proseguito. "La differenza

che vedevamo in quel momento in Lombardia e Veneto era la diffusione di base dei contagi. Se non avessimo chiuso, quella diffusione che al Nord era già così elevata in breve tempo avrebbe raggiunto il Centro-Sud", ha concluso Pezzotti.

Mentre Teresa Palamara, direttore del Dipartimento Malattie infettive dell'Istituto Superiore di Sanità rispondendo, in audizione in Commissione Covid ha sottolineato: "Sicuramente **l'Oms necessita di essere revisionato**. Dopo questo stress" rappresentato dalla pandemia "abbiamo capito che ci sono pregi ma anche molti difetti. È però fondamentale che ci sia un coordinamento tra i vari Paesi". Nel corso della pandemia, ha ricordato Palamara, "il coordinamento a livello dell'Oms c'è stato, ci sono stati seminari con

Paesi, a cui tutti si partecipava, per discutere, uniformare le cose. Anche a livello europeo c'erano riunioni ogni 15 giorni tra i vari tecnici dei Paesi europei per discutere i diversi aspetti, come la trasmissibilità del virus, le misure e così via", ha aggiunto Palamara. "Il livello di coordinamento è molto utile, però, è essenziale anche che ci un sistema Paese in grado di governare in modo forte e sicuro la circolazione dei patogeni", ha concluso.

FONTE ANSA



# Morbillo: Iss, nel 2024 superati i mille casi, 90% in non vaccinati

Oltre mille casi di morbillo nel 2024 in Italia. Dal 1 gennaio al 31 dicembre sono stati notificati 1.045 contagi, di cui 53 nel mese di dicembre, in aumento rispetto al mese precedente. Lo indica il numero di gennaio del bollettino periodico 'Morbillo & Rosolia News', curato dalla sorveglianza epidemiologica nazionale del morbillo e della rosolia e diffuso dall'Istituto superiore di sanità. Tra gli infettati per cui era noto lo stato vaccinale, oltre 9 su 10 non erano vaccinati, emerge dal bollettino Iss.

Nel 2024 - si legge nel report Iss - 18 Regioni/Province autonome hanno segnalato casi di morbillo, di cui 8 (Lombardia, Lazio, Emilia Romagna, Sicilia, Campania, Toscana, Abruzzo, Liguria) hanno segnalato complessivamente l'85,1% dei casi (889 su 1.045). L'incidenza più elevata è stata osservata nella Provincia Autonoma di Bolzano (67 casi per milione di abitanti), seguita da Sicilia (37,3/milione), Abruzzo (37/milione), Lazio (35/milione), Emilia Romagna (31,6/milione) e Liguria (29,2/milione). A livello nazionale, l'incidenza nel periodo è stata pari a 17,7 casi per milione di abitanti.

Lo stato vaccinale è noto per 975 casi dei 1.045 segnalati (93,3%), di cui 878 casi (90,1%) - sottolinea l'Istituto superiore di sanità - erano non vaccinati al momento del contagio, 57 casi (5,8%) erano vaccinati con una sola dose e 33 casi (3,4%) erano vaccinati con 2 dosi. Per i rimanenti 7 casi (0,7%) non era noto il numero di dosi effettuate.

Sempre nell'intero 2024 - prosegue il bollettino - l'età mediana dei casi segnalati è pari a 30 anni (range 0-73 anni). Oltre la metà dei casi (51,7%) ha un'età compresa tra 15 e 39 anni, e un ulteriore 23,7% ha più di 40 anni di età. Tuttavia, l'incidenza più elevata è stata osservata nella fascia di età 0-4 anni (79 casi per milione). Sono stati segnalati 50 casi in bambini con meno di 1 anno di età (126,9/milione).

Complessivamente - continua il rapporto - circa un terzo dei casi (362, 34,6%) ha riportato almeno una complicanza. Le complicanze più frequentemente riportate sono state epatite/aumento delle transaminasi (156) e polmonite (114). È stato se-

gnalato **un caso di encefalite in un giovane adulto, non vaccinato**. Per il 49,5% dei casi (517 su 1.045) viene riportato un ricovero ospedaliero e per un ulteriore 18,8% (196 casi) una visita in pronto soccorso. "L'aumento dei casi di morbillo in Italia nel 2024 è significativo, e riflette quello registrato in tutta Europa e segnalato più volte dall'ECDC", il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie. Lo afferma Anna Teresa Palamara, che dirige il Dipartimento di Malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità. "Il morbillo - avverte Palamara - può essere potenzialmente pericoloso, specie per i più piccoli, ma le sue complicanze possono essere molto gravi anche per gli adulti. Il vaccino, che è sicuro ed efficace, rimane lo strumento principale a disposizione per contrastare questa malattia".

FONTE ADNKRONOS

## CODICE DEONTOLOGICO 2024

### Art. 5

#### Promozione della salute, ambiente e salute globale

*Il medico, nel considerare l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva, collabora all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute e promuove l'adozione di stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio.*

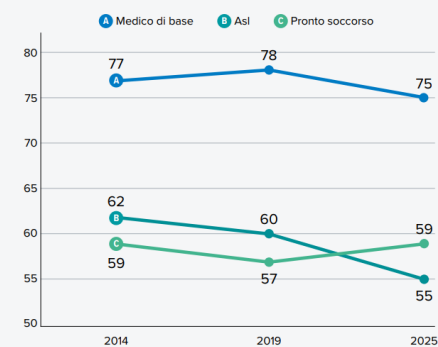
*Il medico, sulla base delle conoscenze disponibili, si adopera per una pertinente comunicazione sull'esposizione e sulla vulnerabilità a fattori di rischio ambientale e favorisce un utilizzo appropriato delle risorse naturali, per un ecosistema equilibrato e vivibile anche dalle future generazioni.*

# Sondaggio: promossi i medici di famiglia, Asl bocciate

I medici di famiglia superano l'esame di soddisfazione con 75 punti su 100. È il risultato di un sondaggio indipendente realizzato da Altroconsumo, che da alcuni anni a questa parte misura il gradimento dei cittadini anche nei confronti del pronto soccorso e delle Asl.

## La soddisfazione negli anni

Quanto sei contento dell'assistenza che ricevi? A partire dal voto dato dagli intervistati, abbiamo creato un indice (da 0 a 100): spicca il calo netto per i servizi delle Asl.



© Altroconsumo

L'indagine ha coinvolto 6.622 italiani fra i 25 e gli 84 anni d'età. I risultati sono pubblicati sulla rivista inSalute di febbraio 2025.

Significativo notare che i medici di famiglia staccano di 20 punti l'indice di soddisfazione delle aziende da cui, secondo una recente proposta, dovrebbero essere assunti come dipendenti.

Dal confronto con le indagini pubblicate nel 2014 e nel 2019 emerge infatti "il risultato particolarmente negativo dei servizi offerti dalle Asl (visite, ma anche servizi domiciliari, infermieristici, condizioni e accessibilità delle strutture, ecc.): non solo il punteggio di soddisfazione è basso ma è anche in forte calo rispetto al 2019", scrive la rivista.

Alle Asl vengono rimproverate soprat-

tutto le "infinite liste d'attesa per poter fare una visita specialistica".

"La soddisfazione per le Asl non va oltre la sufficienza in nessuna regione, ma comunque è più alta solo in alcune settentrionali", osserva l'associazione di consumatori. Il punteggio è infatti appena sufficiente solo per Emilia Romagna, Trentino-Alto Adige e Friuli-Venezia Giulia, mentre la maglia nera va a Basilicata, Abruzzo e Sardegna. Molise e Valle d'Aosta risultano non classificate a causa della limitatezza del campione.

## MEDICI DI BASE PUNTO FERMO SUL TERRITORIO

"Il servizio dei medici di base è quello che soddisfa maggiormente (anche se molto di più tra gli intervistati di una certa età, che tra i più giovani, della fascia 25-37 anni). In generale, la percentuale degli insoddisfatti è solo al 15%".

"È il fattore umano quello che conta di più per i pazienti e traina il giudizio buono, a conferma del rapporto di fiducia necessario con il proprio medico", scrive Altroconsumo.

"Altro elemento che incide molto sulla soddisfazione è la competenza percepita del proprio dottore: il 60% se ne dice contenta".

"A fronte dei tanti dati positivi, restano comunque alcuni segnali di allerta: i soddisfatti degli aspetti relazionali di cui parlavamo sono ancora tanti, ma comunque in calo, del 5-6%, rispetto all'indagine del 2019. Inoltre un numero significativo di persone (il 18%) ci dice di non aver scelto il suo medico e, nella maggioranza dei casi, perché non c'erano posti dispo-

nibili (oltretutto, quando non si è potuto scegliere, la soddisfazione degli intervistati cala inesorabilmente). L'1% ci dice persino di non avere proprio il medico di base".

"Il giudizio sui pazienti sui medici di base – osserva Altroconsumo – resta positivo perché "evidentemente riescono ancora a rappresentare un punto fermo sul territorio". Ma anche i medici di base oggi sono diventati insufficienti, "molti vicini alla pensione e con numeri esorbitanti di assistiti, il che non può che ridurre la qualità dell'assistenza".

L'indagine completa è disponibile sul sito di Altroconsumo.

## Servizi Asl: dove vanno peggio?

Abbiamo analizzato la soddisfazione dei pazienti per le Asl per regione, sintetizzandola con un punteggio da 0 a 100: non si va oltre la sufficienza, con alcune regioni con risultati pessimi.

Le regioni in cui i pazienti sono più scontenti sono Sardegna (41 punti su 100), Abruzzo (44) e Basilicata (45). Le "migliori" (comunque solo intorno alla sufficienza) sono: Emilia Romagna (61), Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia (60), Veneto (58) e Toscana (57). Per le altre "a metà", risultati comunque scarsi (47-54 punti).



Soddisfazione più bassa  
Soddisfazione più alta  
Risposte insufficienti

© Altroconsumo

## *Sondaggio FIMMG Formazione: i medici di famiglia preferiscono rimanere liberi professionisti.*

Più del 40% abbandonerebbe il corso di formazione in caso di dipendenza. Un recente sondaggio condotto tra i medici in formazione del Corso di Medicina Generale (CFSMG) ha evidenziato una netta opposizione alla proposta di trasformare i Medici di Medicina Generale (MMG) in dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale. Dai dati raccolti fra gli oltre 3000 partecipanti emerge che circa il 70% si dichiara contrario alla dipendenza, mentre solo una minoranza la considera un'opzione accettabile. Inoltre, una percentuale significativa di corsisti ha espresso forti dubbi sulla possibilità di proseguire il proprio percorso formativo nel caso in cui la dipendenza diventasse obbligatoria. I risultati sottolineano quanto la prospettiva di una rivoluzione dello status giuridico possa incidere sui tassi di abbandono del CFSMG. È pari al 40% la quota degli intervistati che ha dichiarato di abbandonare il CFSMG, mentre un ulteriore 35% sarebbe fortemente incerto sul proseguimento della formazione.

Questi numeri confermano che ciò che apprezzano di più i colleghi di questa scelta è l'autonomia professionale e il rapporto di fiducia con il paziente, che sono valori imprescindibili per chi fa della Medicina Generale una scelta vocazionale. Il modello libero-professionale nell'ambito della convenzione garantisce flessibilità organizzativa, una migliore conciliazione lavoro famiglia, una più efficace personalizzazione delle cure e una maggiore aderenza ai bisogni dei cittadini, elementi che verrebbero compromessi in un sistema rigido e burocratizzato.

Questi risultati, in un momento di grave carenza di medici, non possono essere ignorati in quanto delineano una presa di posizione forte tra chi ambisce ad iniziare a breve la professione. La trasformazione dei Medici di Medicina Generale in dipendenti non risponde alle aspettative di chi ha scelto oggi la medicina generale, pur nella consapevolezza da tempo condivisa della necessità di una revisione del corso di formazione e di un ag-

giornamento dei modelli organizzativi del territorio.

FIMMG da sempre sostiene che il ruolo del Medico di Famiglia debba continuare a evolversi fin dai modelli formativi universitari e post laurea nel rispetto della sua identità, valorizzando la vicinanza ai pazienti, l'autonomia organizzativa e la capacità di offrire cure personalizzate. Per questo, è fondamentale che le decisioni sul futuro della Medicina Generale tengano conto dell'esperienza e delle esigenze di chi ogni giorno lavora sul territorio, garantendo sostenibilità organizzativa ed economiche nella prospettiva di un rilancio l'attrattività del sistema nel momento più importante, quello del ricambio generazionale in corso. Il sistema medicina generale non può permettersi il lusso di concedere ulteriori errori dopo quelli relativi alla programmazione delle risorse umane che hanno contraddistinto le scelte politiche degli ultimi decenni.

## *Silvio Garattini e le sue affermazioni sulla campagna vaccinale Covid: lo sconcerto di FIMMG Bergamo*

La Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (Fimmg) di Bergamo manifesta profonda indignazione per

le recenti dichiarazioni del professor Silvio Garattini riguardanti il ruolo dei medici di famiglia nella campagna

vaccinale anti-Covid.

In un'intervista rilasciata al quotidiano online "Bergamonews", il professor

Garattini ha affermato che le vaccinazioni "sono iniziate a fine marzo (2021) solo attraverso l'esercito, pur avendo 35.000 medici di medicina generale", sostenendo che, "con una organizzazione diversa, avremmo potuto effettuare vaccinazioni in 14 giorni, invece abbiamo dovuto ricorrere all'esercito".

A riguardo, il segretario provinciale di Fimmg Bergamo, **Ivan Carrara**, dichiara: "A prescindere dalle fantasiose affermazioni sui tempi ipotetici di completamento delle vaccinazioni, non ci risulta che, in provincia di Bergamo, l'esercito abbia avuto un ruolo nella campagna vaccinale. Ciò che è certo invece è che a svolgere un ruolo fondamentale siano stati proprio i medici di medicina generale, grazie alla loro capillare presenza sul territorio, al loro spirito di sacrificio e alla loro capacità di auto-organizzazione, in particolare tramite le loro cooperative, operando sia negli hub vaccinali delle Asst sia a domicilio.

È stato un lavoro complesso e delicato, che ha richiesto il supporto ai cittadini nella comprensione del vaccino, la raccolta di un reale consenso

informato e un costante aggiornamento scientifico e normativo.

*Il tutto affrontato con un impegno gravoso e straordinario, oltre le normali ore lavorative in ambulatorio, reso possibile solo grazie alla dedizione per una professione fondata sull'empatia e la vicinanza agli assistiti. Questo in un periodo in cui era ancora vivo il ricordo delle decine di medici di famiglia caduti all'inizio della pandemia, perché lasciati senza protezioni adeguate e senza supporto".*

Anche **Mario Sorlini**, medico di famiglia e presidente della cooperativa Iml, che ha organizzato e coordinato hub vaccinali in gran parte della Lombardia, conferma di "non aver mai avuto occasione di avere l'esercito nei nostri hub". Sorlini esprime nuovamente un ringraziamento ai numerosi medici che, anche gratuitamente, hanno operato in quel difficile periodo, non solo per le vaccinazioni, ma anche nell'effettuazione dei tamponi. E testimonia con i numeri il loro impegno: solo la cooperativa IML ha organizzato **9 hub vaccinali nella provincia di Bergamo** (Albino, Mappello, Treviglio, Bolgare, Clusone, Ro-

gno, Gazzaniga, Dalmine e Trescore), somministrando **360.000 dosi di vaccino**. Su tutto il territorio lombardo, gli hub coordinati da questa singola cooperativa hanno consentito circa **1 milione di somministrazioni**, con attività estesa anche a Basiano, Cernusco, S. Angelo Lodigiano, Magenta, Rubattino, Vimodrone, Mantova, Castel Goffredo, Viadana, Gonzaga, Monza e Besana Brianza.

A questi numeri si aggiungono le vaccinazioni effettuate direttamente dai medici di famiglia negli hub delle Asst e a domicilio per i pazienti fragili e allettati.

"Non si comprende il costante disconoscimento dell'attività dei medici di famiglia", conclude **Carrara**. "In questi giorni in particolare, sminuire il loro impegno e la loro operatività, in spregio ai numeri concreti del lavoro svolto, appare sempre più un atteggiamento ideologico, distante dalla realtà e dal metodo scientifico. Dietro ogni affermazione dovrebbero esserci dati solidi e una conoscenza diretta della realtà di cui si parla".

## CODICE DEONTOLOGICO 2024

### Art. 15

#### Sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali

*Il medico può prescrivere e adottare, sotto la sua diretta responsabilità, sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione.*

*Il medico non deve sottrarre la persona assistita a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia.*

*Il medico garantisce sia la qualità della propria formazione specifica nell'utilizzo dei sistemi e dei metodi non convenzionali, sia una circostanziata informazione per l'acquisizione del consenso.*

*Il medico non deve collaborare né favorire l'esercizio di terzi non medici nelle discipline non convenzionali riconosciute quali attività esclusive e riservate alla professione medica.*

*I padri veronesi della medicina*

RASSEGNA STORICO-ETICA

*La figura di Roberto Massalongo tra riforme ospedaliere, salute pubblica e riflessioni storiche*INNOVAZIONE MEDICA E CHIRURGICA ALL'ALBA DEL NOVECENTO  
I MEDICI DELL'OSPEDALE S. ANTONIO DI VERONAGIAMPAOLO TRENTINI  
NICOLÒ NICOLI ALDINI  
SARA PATUZZO MANZATI**La nascita a Verona del nuovo Ospedale Civico S. Antonio**

Nel 1812 viene inaugurato a Verona il nuovo Ospedale Civico S. Antonio, ricavato dalla ristrutturazione e dall'allestimento dell'antico Monastero Sant'Antonio al Corso, situato nell'area dell'attuale Valverde. Questo ospedale andava a sostituire il vecchio Ospedale della Misericordia, costruito 25 anni prima in Piazza Bra e ritenuto ormai inadatto alle esigenze cittadine. Una volta demolito, al suo posto sorgerà Palazzo Barbieri, noto anche come Gran Guardia Nuova. La nuova e più ampia struttura ospedaliera prevedeva al suo interno quattro reparti, uno medico (distinto in maschile e femminile), uno chirurgico promiscuo, uno per sifilitiche e partorienti, uno per "maniaci" (anch'esso suddiviso in maschile e femminile), oltretutto una farmacia. Nel 1879 l'ospedale, ormai pienamente operativo e completato con i reparti di oculistica e dermato-

logia, disponeva di 560 posti letto che permettevano di accogliere circa tremila pazienti all'anno: gratuitamente se la loro provenienza era interna al Comune, a pagamento per tutti gli altri. Nonostante gli ammodernamenti, per assistere alla sua trasformazione in un vero e proprio moderno centro di diagnosi e cura, bisognerà attendere il 1892, quando si insedierà il suo primo direttore, il medico veronese Roberto Massalongo<sup>(1) (2)</sup>.

**La formazione, la conduzione ospedaliera e le innovazioni di Massalongo**

Massalongo nasce a Tregnago il 26 settembre 1856 da una famiglia di intellettuali: il padre Abramo è un celebre paleontologo, noto per i fossili di Bolca, e il fratello Carlo Benigno è un botanico rinomato. Rimasto orfano di padre a soli quattro anni, Roberto prosegue gli studi grazie al solido patrimonio familiare. Infatti, il nonno paterno, Bortolo, era un ricco possidente, mentre il nonno e lo zio materni, Giovanni e Scipione Colognato, erano medici. Proseguendo la tradizione di

famiglia, anche lui si laurea in Medicina, conseguendo il titolo a Padova nel 1880 sotto la guida e l'influenza del clinico Achille De Giovanni (1838-1916)<sup>(3)</sup><sup>(4)</sup>, promotore della teoria dell'"abito costituzionale", basata sulla convinzione che le malattie, i patimenti fisici o morali e i comportamenti "devianti" come l'alcolismo, potessero alterare l'equilibrio dell'organismo umano nel suo sviluppo.

Proprio su consiglio di De Giovanni, subito dopo la laurea Massalongo si reca a Parigi (febbraio-luglio 1885) per perfezionarsi all'ospedale universitario Salpêtrière, dove giungevano medici da tutta Europa anche per assistere alle lezioni dell'allora massimo esponente della neuropatologia francese, Jean-Martin Charcot (1825-1893). È qui che il giovane Massalongo assimila il metodo anatomico-clinico che, prevedendo una diagnosi precisa e confrontabile ottenuta con una precisa osservazione dei segni fisici, integrata da esami e strumenti e con analisi sistematica della lesione (anche *post-mortem*) mediante strumenti di precisione come il micro-

- (1) Giovanni Luigi Lugoboni, "Storia degli Ospedali veronesi", in "Verona e la sua storia: cronologia degli avvenimenti, personaggi, illustrazioni, approfondimenti di fatti avvenimenti e personaggi", Fiorini, Verona 2012.
- (2) Valeria Rainoldi, "L'Ospedale dei veronesi da Sant'Antonio in Valverde a Borgo Trento", Il Fracastoro, anno CIII, n. 1, gennaio-giugno 2010, Verona, pp. 15-99.
- (3) "Un ricordo di Roberto Massalongo nel centenario della scomparsa", a cura di Giancarlo Volpato. Atti del convegno, Accademia di Agricoltura Scienze e Lettere di Verona, 2019. Tipografia La Grafica Editrice, Vago di Lavagno (Verona) 2020.
- (4) "Massalongo Roberto", in Dizionario biografico dei veronesi (XX secolo), a cura di G. F. Viviani, Fondazione Cassa di risparmio di Verona Vicenza Belluno e Ancona, Verona 2006.

scopio, getta le basi per una moderna concezione della malattia<sup>(5)</sup>. Se alla Salpetriere Massalongo acquisisce una solida cultura neurologica, interessandosi anche di venereologia e nevrosi, presso l'Hôpital des Enfants Malades ha modo di conoscere i metodi di Louis Pasteur (1822-1895) e approfondire lo studio della polmonite batterica, che lo porterà a pubblicare ricerche fondamentali che costituiranno il suo principale contributo scientifico<sup>(6)</sup>. Da Parigi si sposta quindi a Londra, dove frequenta il neurofisiologo John Hughlings Jackson (1835-1911), e successivamente a Barcellona per partecipare al Congresso Internazionale di Medicina (1888). Rientrato in Italia nel 1889, Massalongo presenta il suo lavoro parigino sull'etiologia della polmonite all'Università di Padova, dove ottiene la libera docenza in Patologia speciale medica. Tuttavia, rinuncia all'opportunità di diventare un accademico per dedicarsi completamente all'attività ospedaliera nella sua città di origine<sup>(7)</sup>. Così, nel 1892 a soli 36 anni, vince il concorso per la direzione dell'Ospedale Civico di Verona, un incarico destinato a rappresentare una svolta decisiva per la sanità veronese. Grazie alla sua competenza, alla capacità di trasferire e applicare le conoscenze acquisite presso la scuola francese e allo spirito di iniziativa, Massalongo si distingue come protagonista di un approccio innovativo, che troverà testimonianza anche nelle fotografie realizzate dall'amico Angelo Dall'Oca Bianca, incaricato da Massalongo di documentare casi clinici di interesse scientifico presenti in ospedale<sup>(8)</sup>. Massalongo introduce a Verona quel rivoluzionario metodo sperimentale per indagare e intervenire sulle ma-

lattie che aveva fatto proprio a Parigi. Poiché tale metodo richiedeva l'uso di apparecchiature tecniche specifiche, si dedica sia al loro potenziamento, come nel caso delle strumentazioni per la galvano-acustica, sia alla nascita di laboratori dedicati, come quelli di elettrodiagnostica e terapia, comprendente un bagno idroelettrico e una doccia elettrostatica (1896)<sup>(9)</sup>, e di radiologia (1910)<sup>(10)</sup>. Sottolinea l'importanza della valutazione autoptica, sostenendo che debba essere effettuata direttamente dai primari e non delegata a dissettori autonomi. Nei casi di insuccesso clinico, associa a questa pratica la necessità di una discussione collegiale, finalizzata ad approfondire e analizzare i risultati in modo critico e condiviso<sup>(11)</sup>. Per realizzare questi obiettivi, Massalongo riconosce la necessità di una formazione adeguata e qualificata per tutto il personale sanitario, inclusi non solo i medici, ma anche gli infermieri e tutti coloro che a vario titolo contribuiscono alla gestione ospedaliera. Per questo motivo, promuove l'aggiornamento professionale, istituisce una biblioteca interna e fonda e dirige una rivista dedicata all'ospedale, "Il Fracastoro" (1905), nata dalla Gazzetta Medica Veneta e pubblicata ancora oggi. Inoltre, al fine di perseguire la salute e la serenità dei pazienti, introduce la possibilità per i parenti di visitare i ricoverati e avvia una farmacia interna. La pratica e la dedizione di Massalongo superano la clinica per distinguersi anche sul piano della prevenzione. Ispirandosi sempre ai principi appresi da De Giovanni e dalla scuola francese, presta particolare attenzione al legame tra individuo e ambiente, preoccupandosi per la salubrità dei luoghi. In quest'ottica attua impor-

tanti miglioramenti volti a garantire migliori condizioni igieniche sia nell'ospedale civico, sia in altri istituti come i "Derelitti"<sup>(12)</sup> grazie ai suoi ruoli di consigliere comunale (che ricoprirà dal 1885 per diversi anni) e di assessore (1889-1891). Inoltre, si batte per ridurre la diffusione della malaria nel territorio veronese e per la creazione di nuovi sanatori per i malati di tubercolosi<sup>(13)</sup> <sup>(14)</sup>. Infine, anticipando una concezione moderna della salute pubblica, si dedica a scoraggiare abitudini nocive come l'alcolismo e il tabagismo, oppure a riflettere sulle conseguenze negative dei legami tra consanguinei, probabilmente anche influenzato dalla propria storia familiare (la madre era figlia di una sorella del marito). Il suo contributo al panorama culturale locale si estenderà anche grazie alla sua appartenenza alla Società di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona.

Nel 1919 Massalongo muore improvvisamente all'età di 62 anni nella sua casa in Valverde a causa di una complicanza influenzale contratta di ritorno da un viaggio a Bologna, in un periodo segnato dall'epidemia di "Spagnola". In suo onore vengono celebrati funerali imponenti, mentre l'ospedale gli dedica un busto, oggi visibile presso il Centro Marani. Tra i suoi lasciti ricordiamo il dono della sua collezione di libri alla biblioteca e la generosa donazione all'ospedale della sua intera eredità economica, pari a 350.000 lire.

## Le opere e l'interesse di Massalongo per la Storia della medicina

L'opera scientifica di Massalongo godeva di riconoscimenti ben al di là dei confini locali. A livello nazionale, aveva ricevuto le onorificenze di Cavaliere

(5) "Un ricordo di Roberto Massalongo nel centenario della scomparsa", a cura di Giancarlo Volpato, op. cit.

(6) Roberto Massalongo, "La pneumonite epidemica", Gazzetta Medica Italiana - Province Venete n. 28, Padova 1883, pp. 225-229.

(7) Giancarlo Volpato Roberto, "Massalongo", in "L'angolo dei profili veronesi", 2020.

(8) Ibidem

(9) "False verità della medicina. Un viaggio museale", a cura di Massimo Valsecchi. Accademia di Agricoltura Scienze e Lettere di Verona. Tipografia La Grafica, Vago di Lavagno (Verona) 2020.

(10) "Massalongo Roberto", in Dizionario biografico dei veronesi (XX secolo), a cura di G. F. Viviani, op. cit.

(11) "Un ricordo di Roberto Massalongo nel centenario della scomparsa", a cura di Giancarlo Volpato, op. cit.

(12) Fondo Roberto Massalongo, carteggi buste 1282; 1407-1410, Biblioteca Civica di Verona

(13) Alice Bon, "L'aria buona dei colli-ospedali e amminomi abbandonati del Veneto", <https://ascosilasciti.com/it/2023/10/09/aria-buona-colli-tubercolosario-manicomio-abbandonato-urbex-veneto/>

(14) "Massalongo Roberto", in Dizionario biografico dei veronesi (XX secolo), a cura di G. F. Viviani, op. cit.

re, Ufficiale e, infine, Commendatore della Corona<sup>(15)</sup>. A livello internazionale, era membro di prestigiose società scientifiche, consolidando così la sua reputazione anche all'estero. In particolare, Massalongo è stato autore di circa 200 lavori, concentrati principalmente su argomenti neurologici, tra i quali spiccano due parti scritte per il "Trattato Italiano di Patologia e Terapia Medica"<sup>(16)</sup>. Numerose opere affrontano invece il tema delle malattie infettive, con attenzione alla tubercolosi e alla polmonite infettiva. Tra queste, la già citata "Pneumonite epidemica" (nata dall'osservazione di una grave epidemia di polmonite che aveva colpito il Tregnaghesse nel 1882)<sup>(17)</sup>, che rappresenta il contributo scientifico più apprezzato dalla comunità internazionale, tanto da essere perfezionata e ripubblicata in Francia<sup>(18)</sup> <sup>(19)</sup> <sup>(20)</sup>. Altri studi riflettono i suoi interessi sulla salubrità dei luoghi<sup>(21)</sup>, la lotta al tabagismo<sup>(22)</sup> e all'alcolismo<sup>(23)</sup>,

la consanguineità<sup>(24)</sup> <sup>(25)</sup>.

Un ulteriore tratto distintivo della personalità di studioso di Massalongo è il suo interesse per la Storia della medicina, un ambito che si ritiene non abbia ancora ricevuto il giusto approfondimento e riconoscimento<sup>(26)</sup>. A testimonianza di questa inclinazione, vi è anche la sua adesione alla Società Italiana di Storia Critica delle Scienze Mediche e Naturali<sup>(27)</sup>, fondata nel 1907 su iniziativa, tra gli altri, del professore senese Domenico Barduzzi (1847-1929) e del clinico romano Guido Baccelli (1830-1916). Il risultato dello studio storico compiuto da Massalongo è un'ampia ricostruzione di alcune delle principali figure della medicina e chirurgia in Italia, dal tardo XV secolo fino al XVI ed oltre. Tra queste, quelle di Alessandro Benedetti, Girolamo Fracastoro e Giuseppe Cervetto.

Nel lavoro su Alessandro Benedetti<sup>(28)</sup> (1450-1520), Massalongo ne traccia

un profilo a partire dalla sua attività di anatomista presso l'Università di Padova, evidenziando come egli «fu il primo a ideare ed a fare costruire un apposito recinto, che per la forma sua ebbe il nome di anfiteatro anatomico»<sup>(29)</sup>. Inoltre, pone in risalto una serie di sue opere a carattere clinico<sup>(30)</sup> e a impronta infettivo-epidemiologica<sup>(31)</sup>, in cui l'autore si sofferma sulle limitate risorse di prevenzione e difesa contro il contagio disponibili all'epoca.

Riguardo a Girolamo Fracastoro (1478-1553), si deve anzitutto ricordare la relazione dedicata alla tisi tenuta da Massalongo nel 1911 al VII Congresso Internazionale per la Lotta Contro la Tubercolosi<sup>(32)</sup>. La lettura principale dal titolo "Girolamo Fracastoro e la Rinascenza della Medicina in Italia" apparirà qualche anno più tardi (1915), per poi essere ripubblicata a puntate sui fascicoli della rivista mensile "Il Fracastoro" (1917)<sup>(33)</sup>. Mas-

(15) Fondo Roberto Massalongo, carteggi buste 1282; 1407-1410, Biblioteca Civica, Verona.

(16) Roberto Massalongo, "Tremore, Paralisi agitante o Malattia di Parkinson, Malattia di Thomsen, Paramioclonie e Mioclonie, Malattia dei tic convulsivi, Acromegalia" (volume II, parte V); "Atetosi doppia, Nevrosi traumatiche" (volume II, parte VI), in AA. VV., "Trattato italiano di patologia e terapia medica", a cura di A. Cantani e E. Maragliano, Vallardi, Milano 1893.

(17) Roberto Massalongo, "La pneumonite epidemica", op. cit.

(18) Roberto Massalongo, "Faits nouveaux a propos de la theorie infectueuse de la pneumonie", Archives Gener. de Medecine 7, n.15, Asselin et Houzeaux, Parigi 1885, pp. 641-656.

(19) Roberto Massalongo, "Contribution a l'etude experimentale de la pneumonie et de la broco-pneumonie. Travail fait dans le laboratoire de Mr le professeur Vulpian et dans celui de Mr le professeur V.Cornil", Archives de Physiologie Normale et Pathologique, G. Masson, Parigi 1885, pp. 526-552.

(20) Roberto Massalongo, "De l'etologie des processus pneumoniques aigus", Bureau du Progres Medical, Tome II (Deuxieme semestre), Parigi 1885, pp. 94-96.

(21) Roberto Massalongo, "Rabbi e le sue acque. Note di climatologia e idrologia", Trento 1891.

(22) Roberto Massalongo, "Il tabagismo moderno", relazione al Congresso di Igiene, Como, 1899, Il Giornale della Società Italiana d'Igiene, 1899, pp. 533-543.

(23) Roberto Massalongo, "I Comuni nella lotta contro l'alcolismo", La gazzetta medica lombarda, vol. 39, 40, 1896, pp. 381-391, Stabilimento tipografico A. Rancati, Milano 1896.

(24) Roberto Massalongo, "I medici davanti i matrimoni consanguinei", relazione al Congresso Medico, Bergamo, 1897, Rassegna Nazionale, anno XXII, vol. CXI, Firenze 1900, pp. 331-340. Pubblicato anche su Rivista Internazionale di Scienze e Discipline Ausiliarie, vol 22, fasc. 86, febbraio 1900, pp. 234-236.

(25) Roberto Massalongo, "De l'etologie des processus pneumoniques aigus", op. cit.

(26) «Ancora una volta resta emarginato, ma non per questo meno importante, l'aspetto dello storico della medicina». Giuseppe Ferrari, "Nota Introduttiva", in. "Un ricordo di Roberto Massalongo nel centenario della scomparsa", a cura di Giancarlo Volpato, op. cit., p. 12.

(27) Nel 1956 divenuta Società Italiana di Storia della Medicina.

(28) Roberto Massalongo, "Alessandro Benedetti e la medicina veneta nel Quattrocento". Atti del Reale Istituto Veneto di Scienze, Lettere e Arti, LXXVI (II), 1916.

(29) Sara Patuzzo, Nicolò Nicoli Aldini, "Alessandro Benedetti. Un medico umanista nella Verona del Quattrocento", Verona Medica n. 1, marzo 2024, "I padri veronesi della medicina. Rassegna storico-etica", pp. 20-22.

(30) Alessandro Benedetti, "Omnium a vertice ad calcem morborum signe, causae, indicationes & remediorum compositiones", Henricum Petrum, Basilea 1539.

(31) Alessandro Benedetti, "De oseruatione in pestilentia", Ioannes & Gregorium de Gregoriis, Venezia 1493.

(32) Roberto Massalongo, "De Phthisis Contagiosa", in "De contagionibus et contagiosis morbis (1546) di Girolamo Fracastoro". Atti del VII Congresso Internazionale per la lotta contro la tubercolosi, Roma, 1911.

(33) Discorso letto nell'adunanza solenne del Regio Istituto Veneto di Scienze Lettere e Arti, 30 maggio 1915. Officine Grafiche di Carlo Ferrari, Venezia 1915. Ripubblicato su "Il Fracastoro" n. 13, 1917.

salongo avvia qui un'analisi critica dell'evoluzione del pensiero medico, dalle concezioni medievali alle innovazioni dell'epoca umanistico-rinascimentale, inserendole nel più ampio contesto della cultura italiana ed europea del tempo. Si dedica quindi a delineare la figura di Fracastoro, considerato «tra i filosofi e gli scienziati [...] che abbracciarono l'universalità del sapere». Massalongo ne sottolinea infatti la personalità di medico umanista, dotato parimenti di «due inclinazioni, l'una per la Medicina, l'altra per la Poesia». Massalongo si concentra sulle opere più note, come il poemetto in esametri "Syphilis sive de morbo gallico" (scritto nel 1521 ma pubblicato nel 1530), che consacrò il nome di "sifilide" per questa malattia, e il trattato "De contagione et contagiosis morbis" (1546), in cui si formulava la teoria del "contagio vivo". Tuttavia egli esamina anche altri scritti, tra i quali il "De causis criticorum dierum" (1538), dove Fracastoro «dichiara apertamente che nella sua opera non si riferirà alle cose dette dagli antichi e dai moderni se non quelle che sono comprovate dalla propria esperienza». Certamente la meno nota fra le tre figure di cui Massalongo si occupa *in extenso* è quella di Giuseppe Cervetto (1808-1865). Collocando nel titolo del suo scritto la parola "dimenticato"<sup>(34)</sup>, l'autore intende implicitamente dare enfasi alla necessità di una riscoperta di Cervetto, all'epoca scomparso relativamente da poco tempo, tra i primi a ricoprire una cattedra universitaria di Storia della medicina presso l'Ateneo di Bologna appena all'indomani dell'Unità d'Italia<sup>(35)</sup> <sup>(36)</sup>. E qui coglie l'occasione per evidenziare l'importanza di un insegnamento allora trascurato e addirittura "interamente soppresso" nei programmi accademici dell'epoca.

In una prospettiva storica riferita a Massalongo, meritano attenzione anche due scritti, nati come elogi, pubblicati in occasione della scomparsa di due eminenti figure della medicina francese: Félix Alfred Vulpian (1826-1887)<sup>(37)</sup> e Jean-Martin Charcot (1825-1893)<sup>(38)</sup>. Massalongo ebbe l'opportunità di frequentare le loro cliniche durante il suo soggiorno a Parigi, e oggi questi testi assumono il valore di testimonianze dirette, arricchite da un prezioso patrimonio di informazioni biografiche. A proposito di Vulpian, conosciuto nel 1885, Massalongo scrive: «Noi, ultimi fra i suoi allievi, abbiamo potuto apprezzare queste sue doti durante il nostro soggiorno nel suo laboratorio di Patologia Sperimentale», restituendo così un vivido ricordo della sua esperienza personale.

Senza dubbio, nel rileggere a distanza di un secolo gli scritti di Massalongo, emerge quell'impronta celebrativa tipica della storiografia, specialmente biografica, del tempo, tesa a «rivendicare alla Patria le glorie che gli storici stranieri dimenticavano o maltrattavano»<sup>(39)</sup>. Tuttavia, la sua severità critica, l'approfondita documentazione e l'attenta analisi delle fonti bibliografiche testimonia un solido, accurato e rigoroso metodo storiografico. Un'ulteriore conferma dell'impegno di Massalongo nel preservare e trasmettere la tradizione storica si ritrova, come già ricordato, nella scelta di intitolare la Gazzetta Medica Veneta al nome di Fracastoro. Come scrisse a riguardo: «Fu unanime il pensiero di chiamare il nuovo giornale sanitario veronese con il nome più grande che onori la storia di Verona nel vasto campo del sapere medico, Girolamo Fracastoro, nome ammirato e ricordato in tutto il mondo civile, l'indiscusso precursore

delle moderne idee di patologia e di etiologia generale»<sup>(40)</sup>. Un chiaro riconoscimento al patrimonio storico della propria città, Verona, così come dell'intera tradizione dell'arte e della scienza medica nel corso della sua storia.

## Ringraziamenti

Gli autori ringraziano il Prof. Stefano Arieti, segretario della Società Medica Chirurgica di Bologna, per la preziosa collaborazione nel reperimento del materiale bibliografico.

- (34) Roberto Massalongo, "Un illustre medico veronese dimenticato: Giuseppe Cervetto". Atti e Memorie dell'Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona IV, XX, 1918, pp. 101-103.
- (35) Sara Patuzzo, Nicolò Nicoli Aldini, "Giuseppe Cervetto e il ruolo di Verona nella Storia della medicina", Verona Medica n. 3, settembre 2023, "I padri veronesi della medicina. Rassegna storico-etica", pp. 34-38.
- (36) Sara Patuzzo, Andrea Franzoni, Nicolò Nicoli Aldini, "Giuseppe Cervetto (1807-1865). Dalla sua vita, un modello di ricostruzione biografica per una Storia della medicina iatro-filosofica", in Società Italiana di Storia della medicina, "Atti della giornata di studio Ebrei e medicina", Collana Nuova Rivista Italiana di Storia della medicina, pp. 127-134.
- (37) Roberto Massalongo, "E. F. A. Vulpian e le sue opere". Rivista Clinica, XXVI, 1887, pp. 459-463.
- (38) Roberto Massalongo, "G. M. Charcot e le sue opere". La Rassegna Nazionale XVI, LXXVII, 1894, pp. 704-714.
- (39) Roberto Massalongo, "Un illustre medico veronese dimenticato. Giuseppe Cervetto", op. cit., p. 102.
- (40) "Un ricordo di Roberto Massalongo nel centenario della scomparsa", a cura di Giancarlo Volpato, op. cit., p. 77.

*Per i medici che amano la letteratura...*

## *Lo Smeraldo*

*Rivista letteraria e di cultura*

EDITRICE SIGURTÀ FARMACEUTICI MILANO

1927. Camera di Commercio di Milano "...In data 5 maggio 1927 la ditta individuale G.C. Sigurtà Farmaceutici con sede in Milano, Via Canova 19, per esercizio industria farmaceutica è iscritta al n. 134184.

1947. "Ci siamo incamminati vent'anni fa, proprio come oggi, in mezzo a quei rimedi che vogliono ridare o mantenere la sanità ai corpi: ed oggi, a tanta distanza, proviamo il desiderio di sostare un attimo: un attimo solo... ed ascoltare una voce...c'è ancora molto da fare...ed ascoltare gli antichi che, al di là della medicina del corpo, hanno voluto indicare la necessità e lo splendore dei medicamenti dell'anima".

Così scriveva nel gennaio 1947 il Dott. Giuseppe Carlo Sigurtà a pag. 3 spiegando la nascita di una rivista letteraria, la sua nuova avventura: *Lo Smeraldo* (nella **foto 1**, il primo numero del 1947); direttore era Eugenio Bertuetti e redattore capo Dario Cartago Scataglia.

Ma perché poi fu donata in abbonamento ai medici? Ce ne avrebbero dato conto tanti anni dopo Alberto Mantovani e Claudio Longhi nella loro prefazione a "Breve storia letteraria e artistica delle medicine", dal 2024 in libreria. "La cultura scientifica e quella umanistica non son due mondi contrapposti, ma due sguardi che si confrontano come volti allo specchio, capaci di mostrare imprevedibili e fortissime affinità".

Per questi motivi il dottor Sigurtà decise di offrire in omaggio ai medici italiani *Lo Smeraldo*, rivista letteraria e di cultura, 30 pagine, edita da "Sigurtà Farmaceutici- Milano" dal 1947 al 1965, sei numeri annuali, ben convinto che le conoscenze letterarie ed umanistiche acquisite col periodico

potessero arricchire la dimensione scientifica della loro professione. E di certo così fu per un medico condotto quale fu mio papà, perché tra gli scaffali della sua biblioteca ho ritrovato un tesoretto di 101 numeri (sui 114 usciti) ben conservati di questa rivista (**foto 2**). Il costo al pubblico era di L. 120 per le prime due uscite del 1947, di L. 250 fino a novembre 1952, per essere distribuita solo in omaggio dal numero successivo in poi. Ricordo il papà in quei primi anni '50 del secolo scorso, quando egli cercava di isolarsi in un angolo della cucina, il luogo più frequentato della casa perché ben riscaldato d'inverno, così da riuscire a leggere, dopo una lunga giornata di lavoro, qualche pagina dell'ultimo numero arrivato; il suo interesse si capiva dalle molte pagine, soprattutto di arte, sottolineate e riempite di note a matita.

Questa rivista aveva una copertina gialla, a contornare disegni e bozzetti di famosi artisti quali Giovanni Boldini, Carlo Carrà, Wolfgang Goethe, Arturo Martini, Michelangelo, Leonetta Pieraccini, Filippo de Pisis, Ottone Rosai, Pio Semeghini, Orfeo Tamburi; all'interno era impaginata con cura, illustrata in bianco e nero, anche con scritti incorniciati in corsivo. C'era la migliore produzione letteraria e culturale di quegli anni, col primo numero a significare la qualità dell'intrapresa nelle pagine di Dino Buzzati, Giovanni Comisso, Vincenzo Cardarelli, Alberto Moravia, Diego Valeri, Manara Valgimigli. In seguito avrebbero pubblicato romanzi brevi, saggi e poesie

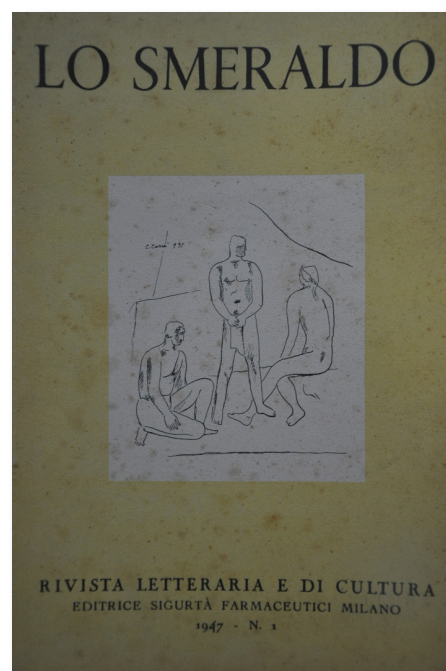


Foto 1



Foto 2

Nicola Abbagnano, Piero Bargellini, Eugenio Bertuetti, Ugo Betti, Vitaliano Brancati, P. Festa Campanile, Dario Cartago, Giuseppe De Robertis, Carlo Emilio Gadda, Giuseppe Marotta, Eugenio Montale, Indro Montanelli, Marino Moretti, Goffredo Parise, Michele Prisco, Dino Provenzal, P.A. Quarantotti Gambini, Giovanni Papini, Domenico Rea, Piero Rebora, Luigi Santucci, Maria Luisa Spaziani, Giuseppe Ungaretti, Alvise Zorzi. L'antologia della letteratura italiana del '900. Gigi Cane si occupava di cinematografia (nella foto 3, Roberto Rossellini e Silvana Mangano). Mario Cartago nella sua rubrica fissa scriveva di musica e discografia.

Orio Vergani pubblicava di ciclismo. Scriveva anche il critico d'arte Marco Valsecchi, con relazioni sulla Biennale di Venezia ed altre mostre.

Molte pagine interpretavano in modo originale, anche con illustrazioni, aspetti di città italiane, come Verona (foto 4 e 5, con uno scritto di Diego Valeri), Vicenza (con un contributo di Giovanni Comisso) e molte altre, ed inoltre europee (foto 6, Parigi).

Numeri speciali furono dedicati al bicentenario della nascita di Goethe e al cinquantenario della morte di Giuseppe Verdi; in uno speciale dedicato a Leonardo da Vinci, il 30 maggio

1952, pubblicavano due professori di Storia della Medicina, Arturo Castiglioni e Loris Premuda. Quest'ultimo, in occasione dei 700 anni dalla nascita di Dante Alighieri, scriveva di "Aspetti medici nell'Opera di Dante".

Molti articoli erano rivolti ai lettori medici, come "Scienza ed arte nei libri di Medicina", "Medici musicisti", "D'Annunzio e i Medici", "La vita dell'ematologo Adolfo Ferrata", "Arte e Medicina a Venezia nei libri della Marciana".

Alcune pagine narrarono anche la storia della Caproni, industria d'avanguardia i cui aerei contribuirono alla vittoria dell'Italia nella prima guerra mondiale.

Avanzava veloce alla fine degli anni '40 il progresso della tecnica, e la rivista cercava di stare al passo, con articoli sul grammofono, sulla discografia, sulla radio e televisione (foto 8), che riflettevano i mutamenti sociali e dei costumi ed il nascente boom economico.

Altre pagine illustravano un'altra letteratura, quella di Mandrake, Superman Nembo Kid e dei Peanuts nel numero di luglio 1965, "Tempo di fumetti".

Un articolo commosso nel numero due di marzo 1964 ricordava la scomparsa del direttore responsabile, il letterato Eugenio Bertuetti; il timone de Lo Smeraldo passava a Dario

Cartago Scattaglia, che ne ereditò la responsabilità, purtroppo solo per un anno e mezzo, perché il 23 settembre 1965, a soli 43 anni, egli cessò di vivere, lasciando orfani i suoi figli ed anche i suoi lettori. *"Era persona colta e profonda, con tre lauree: in lettere, in filosofia ed in scienze biologiche; parlava e scriveva correttamente nove lingue ed era un ottimo musicista. Queste Sue qualità eccezionali erano accompagnate da un'estrema modestia, da bontà, rettitudine, da una naturale educazione signorile e simpatia. È con l'animo pieno di tristezza che licenziamo ora questo numero da Lui completamente preparato ed impaginato. Lo Smeraldo era una creatura del Dott. Cartago, anche se da noi voluta ed amata. Forse è giusto che l'immatura fine di un grande artefice segni anche la fine dell'opera a Lui così strettamente legata"*. Questo il ricordo scritto di pugno da G. C. Sigurtà a pagina 3 del numero 5 del 30 settembre 1965 (foto 9), e così terminava l'avventura de Lo Smeraldo e dei Quaderni Scientifici dello Smeraldo, che erano stati bene accolti negli ambienti culturali lombardi degli anni cinquanta e sessanta del Novecento. Ai giorni nostri sul mercato del web ogni numero è proposto in vendita in media a 10 € e la rivista, finita



Foto 3

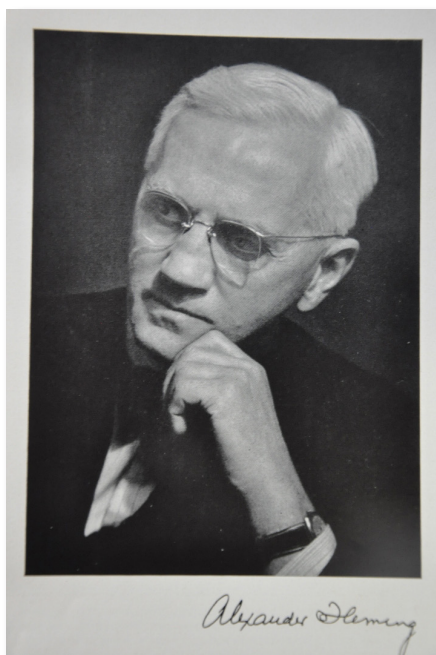


Foto 4

nell'oblio delle biblioteche, è risorta anni fa grazie ad una tesi di "Archeologia letteraria", redatta da Beatrice Paglialonga, dal titolo *"Lo Smeraldo, 1947-1965. La vetrina letteraria di una casa farmaceutica"*, con laurea in 110 e lode in Filologia moderna all'Università Cattolica di Milano. Un articolo sul web de "L'Arena" il 23 luglio 2011 evidenziava questa notizia. Il Dottor Giuseppe Carlo Sigurtà aveva fondato nel 1927 la *"Sigurtà farmaceutici"* (foto 3), con stabilimenti a Milano e a Castiglione delle Stiviere, suo comune d'origine. Ebbe fino a 500 dipendenti, che godevano di un trattamento particolare, come la mensa aziendale con pasti gratuiti, premi di produzione e premi in ferie, pensioni aggiuntive ai lavoratori anziani più meritevoli. La foto 11 evidenzia la pagina 188 de "L'Informatore farmaceutico" di gennaio 1941, con il listino della ditta. Manca un farmaco che sarebbe stato lanciato negli anni '60, il Neu-

trolac, un antiacido di successo nella patologia gastrica che aveva come materia prima il latte, una delle poche terapie mediche prima dell'avvento degli anti H2 alla fine degli anni '70, e più tardi degli inibitori della pompa protonica. La produzione del latte per i farmaci Yogurtal, Laxival e Neutrolac esigeva particolari indispensabili requisiti di purezza, che richiese la nascita di una azienda agricola ad hoc, fusa in una con quella farmaceutica.

Proprio in quel 1941 l'industriale arrivò a Valeggio per comperare uno dei famosi calessi che qui si producevano, e gli fu proposto di acquistare una bella villa (foto 12), che tra la fine del seicento e la metà del settecento era stata di Scipione Maffei, e nel 1859 aveva ospitato il quartier generale di Napoleone III°. La fece sua per

800.000 lire dalla Signora Maria Paulon, con un parco di ventidue ettari. Egli bonificò il terreno e lo arricchì fino ai 60 ettari attuali, ciò possibile per il diritto di servitù che la proprietà vantava, di prelevare cioè acqua dal Mincio. Nasceva così nel 1978 il Parco Giardino Sigurtà, l'oasi naturalistica di Valeggio, conosciuta in ogni dove anche per la coltivazione di tulipani, con più di un milione di esemplari (foto 13 e 14), premiata come Parco più bello d'Italia nel 2015. *"Un parco immenso, ricco di querce, di cipressi, di mirti secolari che si slargano qua e là in dolcissimi prati o salgono a selva fin sull'alto della collina, ai cui piedi scorre pigro e ceruleo il Mincio di Virgilio"*. In questa suggestiva cornice, descritta da Eugenio Bartuetti, si celebravano nella villa le "Le giornate mediche veronesi", cui parteciparono nomi come Sir Alexander Fleming (foto 4), i professori Brunner dell'Università di Zurigo e Berard di Lione, questi ulti-

mi due insigni chirurghi i che si occupavano di pneumectomia. Furono ospitati Albert Bruce Sabin, scopritore del vaccino contro la poliomielite, Gerard Domagk, padre di sulfamidici, e Abraham Waksman, scopritore della streptomina.

Il dottor Sigurtà cedette l'attività industriale nel 1974, e si dedicò completamente alla gestione del Parco fino al 10 agosto 1983, quando cessò di vivere a Madonna di Campiglio. Nella foto 16, la statua a lui dedicata nel Parco di Valeggio, opera dello scultore Dante Carpigiani.

La sua personalità vivace ed eclettica gli aveva permesso di eccellere nell'industria farmaceutica, e in più in ambito letterario, culturale, scientifico e naturalistico-paesaggistico. Tutti gli dobbiamo qualcosa.

GIUSEPPE CALZAVARA

### Bibliografia

[www.nonnaonline.it/altri-tempi/storia-di-un-imprenditore/](http://www.nonnaonline.it/altri-tempi/storia-di-un-imprenditore/)  
[www.larena.it/argomenti/una-laurea-di-archeologia-letteraria-Wikipedia](http://www.larena.it/argomenti/una-laurea-di-archeologia-letteraria-Wikipedia)

## Medici di famiglia lavativi. O forse no?

A voler credere a certe rappresentazioni mediatiche, sembra che i problemi della sanità territoriale dipendano dal fatto che i medici di famiglia siano dei lavativi. Non c'entra invece il fatto che, per esempio, nel giro di un solo anno i medici di medicina generale attivi in Italia sono diminuiti di quasi 6mila unità (dati di bilancio Enpam 2023).

E che quindi i medici di famiglia, di continuità assistenziale e i pediatri di libera scelta rimasti, si siano trovati a dover far fronte al carico di lavoro prima suddiviso fra gli altri. Per giunta in un contesto di popolazione che nel frattempo è ulteriormente invecchiata, con più pazienti cronici e in un clima di accresciuta aggressività.

Tutti gli allarmi che negli anni l'Enpam ha lanciato sulla prevista carenza dei medici di famiglia, sono rimasti inascoltati.

La programmazione non è stata adeguata e i cittadini oggi ne vivono gli effetti. Eppure adesso, secondo alcuni, è colpa dell'Enpam se i medici si pensionano, se tanti studi professionali chiudono perché i rimpiazzi sono insufficienti, e se il Servizio sanitario nazionale fa fatica a riempire le Case di comunità previste dal Pnrr.

E, soprattutto, qualcuno vorrebbe far credere che esista una soluzione magica: trasformare i medici di famiglia

in dipendenti (che a quel punto non sarebbero più lavativi). Peccato che se si spostassero i contributi previdenziali all'Inps, l'Enpam fallirebbe, e sarebbero a rischio le pensioni di tutti. Poi c'è la chicca, secondo cui il disegno dell'Ente sarebbe quello di costruire "case di comunità private" per lucrare sulle spalle dei cittadini e dei giovani medici. La vulgata vuole che Enpam per quest'iniziativa abbia addirittura messo in preventivo 8 miliardi di euro (!).

Una ricostruzione a dir poco distorta del progetto (peraltro da 20 milioni di euro, ancora non investiti) che è stato studiato dalla Fondazione per permettere ai medici di famiglia, specialmente ai più giovani, di aggregarsi in studi attrezzati e multiprofessionali, da far funzionare come case di comunità "spoke" e sempre all'interno del SSN come accade oggi.

Un'idea da subito proposta al Ministro della Salute e alle Regioni come naturale completamento delle case di comunità "hub" previste dal Pnrr, in modo da far sopravvivere e valorizzare il buono che c'è nel sistema della sanità territoriale italiana, e cioè la capillarità e il rapporto fiduciario con il proprio medico di scelta.

È infatti dimostrato internazionalmente che la continuità del rapporto e la capillarità della presenza sono ele-

menti fondanti del buon successo dell'assistenza primaria.

L'Enpam ritiene di essere l'ente di previdenza di professionisti che danno il massimo per la salute dei cittadini, e non di meri esecutori o di impiegati.

Negli ultimi dodici anni, nonostante la grave crisi del lavoro in sanità, il patrimonio dell'ente è più che raddoppiato, passando da 12 miliardi ai 28 miliardi (previsione per quest'anno a valori di mercato).

Questo per garantire le pensioni di tutti. Nel contempo le prestazioni previdenziali sono aumentate, e così quelle assistenziali, trovando persino risorse per distribuire aiuti straordinari nei momenti più neri del Covid.

Abbiamo sostenuto il Paese con investimenti coerenti e pagando centinaia di milioni di euro di tasse allo Stato, contribuendo così a ripianare il deficit corrente dell'Inps.

Chissà che con la scusa dei lavativi qualcuno non voglia usare il patrimonio dell'Enpam per risolvere qualche ulteriore problema.

ALBERTO OLIVETTI  
PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE ENPAM

# Requisiti per la pensione ENPAM 2025

Anno nuovo, ma le regole per andare in pensione con l'Enpam non cambiano. A inizio 2025 è utile ribadire i requisiti di età e anzianità contributiva, in una breve guida per chi progetta di andare in pensione nell'anno in corso. Bisogna ricordare che il trattamento Enpam si compone prima di tutto di una pensione di base, di Quota A, che si matura con la contribuzione che versano tutti i medici e dentisti e che spetta quindi a tutti gli iscritti all'Ordine.

A questa, si aggiunge un'eventuale altra quota che è calcolata sui contributi versati in base all'attività professionale specifica svolta nel corso della carriera: medicina generale, specialistica ambulatoriale, specialistica esterna, libera professione.

È bene premettere che, requisiti specifici a parte, per ricevere una pensione Enpam **è necessario essere in regola con il versamento dei contributi.**

## PER TUTTI I MEDICI E DENTISTI

Può fare domanda per il trattamento legato alla **Quota A** chi ha maturato i requisiti per la pensione di vecchiaia o per quella anticipata.

La **pensione di vecchiaia** ha come requisito il raggiungimento dei **68 anni** di età e condizione necessaria è avere almeno 5 anni di anzianità contributiva.

I requisiti per la **pensione anticipata** si maturano, invece, a **65 anni**, per chi opta per il metodo di calcolo interamente contributivo, entro il mese del sessantacinquesimo compleanno. Occorre comunque essere ancora iscritti alla gestione e avere almeno 20 anni di contribuzione.

## PER I MEDICI CONVENZIONATI

I medici convenzionati, oltre che alla Quota A, hanno versato i loro contributi al Fondo Enpam della medicina convenzionata e accreditata. Chi ha svolto attività come medico di famiglia, pediatra di libera scelta, specialista ambulatoriale o esterno, medico

della medicina dei servizi, guardia medica, medico fiscale oppure medico convenzionato esterno Inps può scegliere tra tre modalità per andare in pensione, una volta cessata l'attività in convenzione.

A **68 anni** per la **pensione di vecchiaia** oppure a **62 anni** per il **trattamento anticipato**. Per quest'ultimo è necessario avere maturato almeno **35 anni di contribuzione** effettiva, riscattata o ricongiunta e **30 anni di anzianità laurea**.

Oppure, come terza opzione, è possibile andare in quiescenza indipendentemente dall'età, con 42 anni di contribuzione effettiva, riscattata e ricongiunta e 30 anni di anzianità laurea.

Per i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali è anche possibile andare in pensione con il sistema dell'App, l'Anticipo della prestazione previdenziale dell'Enpam.

## PER I LIBERI PROFESSIONISTI

I medici e dentisti che nella loro carriera hanno svolto libera professione, versando contributi alla **Quota B**, maturano il trattamento pensionistico a **68 anni**, purché abbiano almeno 5 anni di anzianità contributiva sulla Quota A.

In alternativa, è possibile optare per **pensione anticipata di Quota B**.

I requisiti sono analoghi a quelli del Fondo della medicina convenzionata e cioè: **62 anni di età, almeno 35 anni di contribuzione effettiva**, riscattata o ricongiunta, e **30 anni di anzianità laurea**.

Anche in questo caso, possono chiedere la pensione senza il requisito dell'età minima gli iscritti che hanno maturato un'anzianità di laurea di 30 anni e 42 anni di contribuzione effettiva, riscattata o ricongiunta.

## Pensione in cumulo Enpam e Inps: i requisiti 2025

Chi ha contributi versati sia all'Enpam sia all'Inps, o ad altri enti previdenzia-

li, può chiedere di ricevere un'unica **pensione in cumulo**.

Questi i requisiti in vigore per fare domanda di pensione in cumulo nel 2025.

## I REQUISITI

Scegliendo di percepire la **pensione di vecchiaia in cumulo** Enpam+Inps, la parte di **pensione di Inps si può percepire a 67 anni**, a condizione di avere **almeno 20 anni di contribuzione** complessiva e aver cessato l'attività da dipendente. Invece, **la parte Enpam si può percepire a 68 anni**, a condizione di avere **almeno 20 anni di contribuzione** complessiva e aver cessato le attività diverse dalla libera professione.

La **pensione anticipata**, invece, si può percepire indipendentemente dall'età, con **42 anni e 10 mesi di contribuzione per gli uomini** o **41 anni e 10 mesi di contribuzione per le donne** e **30 anni di anzianità di laurea**. È prevista una finestra di 3 mesi per iniziare a ricevere l'assegno di pensione, occorre comunque aver cessato le attività diverse dalla libera professione e non si deve essere titolari di alcuna pensione.

È bene sottolineare che, ogni caso, per ricevere una pensione Enpam **è necessario essere in regola con il versamento dei contributi.**

## ALTRI MODI

Il meccanismo del cumulo permette di mettere insieme i periodi contributivi non coincidenti, per raggiungere i requisiti per il pensionamento e avere un unico assegno di pensione materialmente pagato dall'Inps. Esistono però altri modi per valorizzare i periodi contributivi presenti in più enti previdenziali: la **ricongiunzione** e la **totalizzazione**.

## Costruire la pensione con ricongiunzione, cumulo o totalizzazione

Ci sono medici che in una carriera professionale ricca di attività hanno

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

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

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

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

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

### 3 “COLLANTI” PER I TUOI CONTRIBUTI

Come accennato, i “cantieri” per rimettere insieme tutti gli “spezzoni” di contribuzione (compreso il riscatto della laurea) sparsi in varie gestioni previdenziali sono tre: ricongiunzione, cumulo e totalizzazione.

Come precisato, la scelta è strettamente soggettiva e va valutata con attenzione caso per caso. Le differenze sono nei costi, nei tempi di attivazione, negli effetti che avranno sull'assegno di pensione e, non da ultimo, nelle tutele che il pensionato e i suoi familiari potranno ricevere dall'ente previdenziale che si occuperà di loro. La ricongiunzione, ad esempio, ha

dei costi, che però possono essere riassorbiti dai contributi che vengono trasferiti da un ente all'altro e si può fare nel corso della carriera lavorativa. Permette quindi di fare ordine nella “storia contributiva” tramite il trasferimento dei contributi maturati a un unico ente previdenziale e, soprattutto, se richiesta il prima possibile permette di cristallizzarne i costi. Cumulo e totalizzazione, invece, sono istituti a titolo gratuito e si possono attivare solo quando si è in procinto di andare in pensione, accessibili a patto che non si sia già titolari di un trattamento pensionistico.

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

#### RICONGIUNZIONE DA SUBITO

La ricongiunzione permette di riunire tutti i contributi sotto un unico tetto, trasportando quelli relativi a posizioni cessate, cioè maturati presso enti previdenziali ai quali non si versa più. Il risultato principale è quello di avere un'unica pensione, erogata da un unico ente. Con questo sistema confluiscono in un'unica gestione tutti i periodi di contribuzione. Puoi fare domanda in qualsiasi momento della carriera lavorativa, solo se non sei titolare di una pensione, compresa quella anticipata di Quota A. E sia chiaro che prima si ricongiungono i contributi seminati in altre gestioni previdenziali, meno costerà farlo.

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

Una ricongiunzione verso l'Enpam permette ad esempio di rimanere sotto l'ombrello della Fondazione, che diventerà l'Ente incaricato di erogare un'unica pensione. Una volta in pensione, l'iscritto continuerà a bene-

ficiare di tutti vantaggi assistenziali e previdenziali garantiti dalla Cassa dei medici e dei dentisti. Un ulteriore vantaggio consiste nel fatto che tutto il patrimonio contributivo del medico e del dentista viene valorizzato, dal momento che anche i periodi contributivi maturati in altre gestioni previdenziali vengono considerati e pesati come se fossero stati maturati in Enpam. Vale lo stesso per il calcolo dell'assegno, che viene quantificato con il sistema utilizzato dalla Fondazione.

Avere l'Enpam come Cassa di riferimento è un aspetto vantaggioso anche sul piano della tutela dei familiari, nel caso in cui il medico o l'odontoiatra dovessero venire a mancare. Al coniuge superstite e agli orfani (che possono fare domanda di ricongiunzione entro due anni dalla morte del familiare), l'Enpam riconosce di norma assegni più alti o condizioni più favorevoli rispetto all'Inps. Le pensioni erogate dalla Fondazione sono inoltre al riparo da sostanziosi tagli che, al contrario, l'Istituto pubblico può applicare in caso di altri redditi, fino a dimezzare l'importo del sostegno economico. Una maggiore tutela è prevista anche per medici e dentisti che debbano andare in pensione perché inabili, pur avendo magari un riscatto ancora in corso. Restare in casa Enpam significa anche essere al riparo dall'incognita dei cambiamenti imposti da Governo e Parlamento, cui invece sono soggetti i trattamenti Inps. Sia chiaro che, a differenza dell'Inps, l'Enpam non ha mai bloccato l'adeguamento delle pensioni all'inflazione.

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

Per completezza, c'è da dire che nel corso degli ultimi anni la magistratura si è espressa in più occasioni a favore della possibilità di ricongiungere i contributi della Gestione separata

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

Si tratta in ogni modo di sentenze che per il momento hanno effetto solo sui casi particolari trattati nelle rispettive sedi giudiziarie. In ogni modo, è bene ribadire che prima di scegliere la strada per mettere insieme i contributi, la regola fondamentale rimane quella di valutare attentamente, sempre conti alla mano.

### CUMULO, UNICO ASSEGNO DALL'INPS

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

Quindi il pensionato riceverà una pensione unica composta dalle quote pagate da Enpam e dagli altri enti previdenziali. L'assegno di pensione verrà invece erogato dall'Inps, anche quando non ci sono somme a suo carico. In buona sostanza il medico o l'odontoiatra che in vista del pensionamento sceglierà il cumulo dei pe-

riodi contributivi si troverà a diventare un pensionato Inps, anche se all'Inps non ha mai versato un euro.

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

### COS'È LA TOTALIZZAZIONE

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

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

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

### PRIMA DI SCEGLIERE

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

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

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

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

Presentando una domanda di ricongiunzione è possibile conoscere e "cristallizzare" il costo di un eventuale trasferimento dei contributi. In seguito alla domanda, l'iscritto riceverà una proposta di ricongiunzione, che si deve valutare in base ai costi e ai benefici che si avrebbero anche nel recuperare piccole parti di contribuzione. La proposta ricevuta, se vantaggiosa può essere accettata, oppure lasciata decadere. Ma attenzione: in quest'ultimo caso per presentare nuovamente domanda di ricongiunzione bisognerà attendere 10 anni. Parallelamente alla domanda di ricongiunzione è opportuno richiedere a un patronato o all'Inps i calcoli di quanto frutterebbe andare in pensione in regime di cumulo o con una totalizzazione.

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

ANTIOCO FOIS

# La Quota B rende più del Btp



**Il risparmio previdenziale confrontato con l'investimento in Titoli di Stato. La convenienza individuale deve fare però i conti con il fisco**

*Sono in pensione da alcuni anni e continuo a esercitare la libera professione. Finora ho scelto di versare la Quota B per intero (19,50%), il che mi comporta un pagamento di circa 20mila euro all'anno. Analizzando i miei cedolini di pensione ho visto l'incremento pensionistico dato dal versamento della Quota B dello scorso anno, al netto delle varie ritenute fiscali. Considerando anche il vantaggio fiscale ottenuto con i miei versamenti contributivi, mi conviene continuare a versare la Quota B per intero? Oppure sarebbe per me più conveniente pagare l'aliquota dimezzata (9,75%) e investire la somma rimanente in titoli di Stato?*

GIUSEPPE MONTAGNA

L'iscritto, nella sua domanda che abbiamo qui sintetizzato, mostra un alto livello di consapevolezza previdenziale e fiscale. La sintesi del suo quesito è se, a parità di importi disponibili, sia più conveniente pagare la Quota B o investire in titoli di Stato. Qui di seguito abbiamo elaborato questo confronto dove, per maggiore chiarezza, abbiamo esaminato le conseguenze di due scelte nette: verso per intero la Quota B oppure investo tutto in Btp (posto che questa seconda situazione non sarebbe comunque possibile, perché i pensionati sono obbligati per legge a versare all'Enpam almeno la metà della contribuzione intera, come peraltro l'iscritto dimostra di sapere).

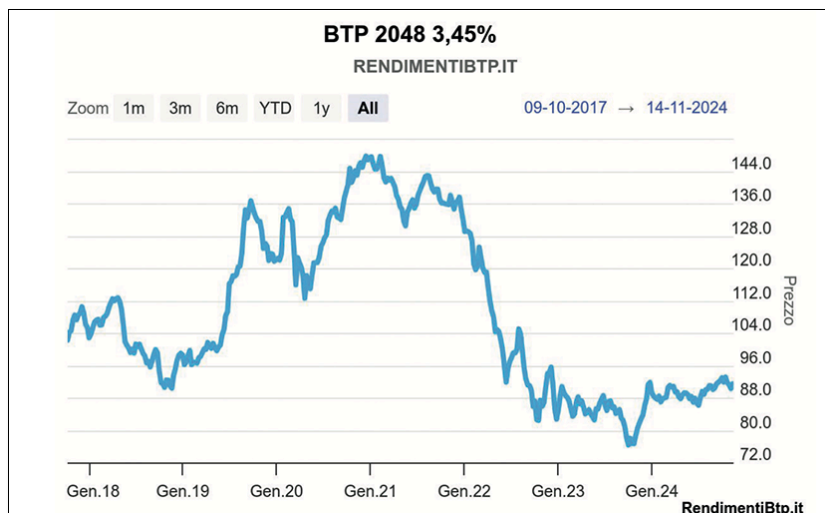
L'analisi ha preso in considerazione l'importo complessivo versato dall'iscritto alla Quota B Enpam con l'aliquota intera (oggi del 19,5%) dalla data del suo pensionamento nel 2018 ad oggi, pari complessivamente a 113.929 euro. Nell'importo abbiamo incluso anche i contributi dovuti nel 2024 sul reddito 2023.

## LA FALLACIA DEL LORDO

A questo punto si potrebbe immaginare che il confronto vada fatto tra quanto rendono questi quasi 114mila euro, in termini di maggiore pensione di Quota B, e quanto renderebbero questi stessi soldi in termini di investimento in Btp. Ma la realtà non è questa. Infatti, come il pensionato ha ben presente, la quota teoricamente disponibile per l'investimento sarebbe molto più bassa, perché da questa bisogna prima sottrarre le imposte sul reddito. In questo caso bisogna togliere il 43% di Irpef, l'addizionale regionale e quelle comunale applicabili: la cifra disponibile per un investimento in proprio si riduce a 60.120 euro. Il supplemento di pensione sarà invece calcolato sui circa 114mila euro pieni perché, come noto, i contributi previdenziali sono interamente deducibili e non vengono intaccati dalle tasse.

## IL CONFRONTO FINO AD OGGI

Confrontiamo ora il rendimento della stessa somma in Quota B e in Btp, come se fossero due investimenti finanziari. Innanzitutto vediamo quanto ha reso la Quota B. L'iscritto fino a inizio settembre 2024 ha percepito supplementi di pensione pari a 10.308 euro lordi, frutto unicamente dei suoi versamenti fatti dopo il pensionamento. Prendiamo adesso un Btp scegliendoli tra quelli che erano in vendita al momento del pensionamento dell'iscritto e con una scadenza in linea con la sua aspettativa di vita e di quella di un ipotetico coniuge (Btp 1/3/2048 con cedola al 3,45%). Ipotizziamo che anno dopo anno, invece che versare i contributi all'Enpam, l'iscritto abbia avuto la possibilità di investire i suoi soldi – al netto delle tasse, come chiarito sopra – in quel Btp. Ebbene, quell'investimento fino a inizio settembre 2024 avrebbe restituito 3.809 euro di interessi complessivi. Ma se l'iscritto a quel punto avesse deciso di vendere i Buoni del tesoro in suo possesso, avrebbe dovuto fare i conti con la perdita di valore di mercato (eh sì, anche con i Titoli di Stato può succedere di investire una somma e di trovarsi poi in portafoglio degli investimenti che valgono meno). Precisamente, come ci rivelano le ban-



che dati finanziarie, a fronte di 60.120 euro netti investiti nel Btp 1/3/2048, l'iscritto si sarebbe ritrovato con titoli dal valore di 52.200 euro, cioè 8.020 euro in meno rispetto a quanto speso. Tenendo conto degli interessi ricevuti (cioè le cedole), il risultato finale dell'investimento in Btp sarebbe stato di -4.211 euro. Tirando le somme, quindi, dal pensionamento fino a inizio settembre 2024, i versamenti in Quota B hanno reso più di 10mila euro; la stessa somma disponibile investita in Btp invece avrebbe causato una perdita di oltre 4mila euro.

**CONFRONTO SUL FUTURO**

Proseguiamo adesso il confronto fino al 2043. Non ce ne vorrà l'iscritto, ma l'Enpam in quanto ente previdenziale, deve fare delle ipotesi generiche basate su dati statistici impersonali. Facendo quindi riferimento alle cosiddette tabelle di mortalità, dobbiamo quindi supporre di avere a che fare con un medico che percepirà una pensione per intero fino al 2039 (1° dicembre), con coniuge che percepirà poi una pensione di reversibilità (quindi al 70 per cento dell'importo) fino al 1° dicembre 2043. In totale, dal momento del pensionamento fino al 2043, l'ipotetico medico e l'ipotetica moglie percepiranno 127.839 euro come pensione supplementare di Quota B.

Per semplicità di ragionamento, la cifra è riportata al valore di oggi, facendo finta che di qui ai prossimi vent'anni l'inflazione sarà sempre pari a zero. Nella realtà l'inflazione esiste e l'Enpam rivaluta le pensioni in percentuale agli indici Istat: la somma effettivamente erogata nel corso del tempo, è quindi stimabile in 151.280 euro. Veniamo al Btp: fino al 2043 si percepiranno cedole per 41.953 euro, compresi gli interessi (3.809 euro) già incassati fino all'estate 2024. Ipotizzando che si recupererà anche il valore nominale dei Btp acquistati nel tempo (58.190 euro), vediamo che l'investimento nei titoli di Stato avrà fruttato un totale di 100.143 euro.

Anche in questo caso l'ipotesi è fatta senza considerare l'inflazione, che in questo caso però avrebbe un effetto contrario: quei 100mila euro futuri corrisponderebbero infatti a una cifra più bassa al valore di oggi.

**QUOTA B ENPAM**

**Contributi versati: 113.929 euro**

**Supplementi di pensione ricevuti: 10.308 euro**

**BTP**

**Somma spesa per acquistare i Btp: 60.120 euro\***

**Interessi incassati: 3.809 euro**

**Valore di mercato dei Btp a settembre 2024: 52.100 euro (minusvalenza: - 8.020 euro)**

**Risultato investimento: -4.211 euro**

**\*Con questa somma, alla stessa cadenza dei contributi di Quota B, l'iscritto avrebbe potuto acquistare Btp 1/3/2048 per un controvalore nominale di 58.190 euro**

**QUOTA B ENPAM**

**Contributi versati: 113.929 euro**

**Totale supplementi di pensione: 127.839 euro (151.280 euro nominali)**

**BTP**

**Somma spesa per acquistare i Btp: 60.120 euro**

**Interessi totali (fino al 2043): 41.953 euro**

**Capitale restituito: 58.190 euro\***

**Risultato investimento: 100.143 euro**

**\*capitale che verrà restituito a scadenza nel 2048. Nel 2043 il valore potrebbe essere diverso**

**FISCO VARIABILE  
DETERMINANTE**

Nell'esempio proposto, pur senza calcolare l'effetto dell'inflazione, è evidente che la Quota B abbia reso più del Btp. Per completare il quadro occorre però considerare il peso del fisco: mentre le cedole dei titoli di Stato sono soggette a una tassazione fissa (12,5 per cento), dalla pensione vanno poi tolte le imposte sul reddito, che potrebbero andare da zero (ad esempio per un pensionato trasferito all'estero in un Paese che non tassa le pensioni) fino al 47,23 per cento di un pensionato con aliquota Irpef massima residente a Roma.

**MELE VERSO PERE**

Il risparmio previdenziale e l'investimento finanziario restano comunque due ambiti che hanno finalità e caratteristiche molto diverse. Si pensi per esempio a come vengono gestiti i rischi demografici, finanziari ed economici. Nel caso di una prestazione pensionistica, il rischio demografico – cioè il rischio legato alla longevità e all'incertezza sulla durata della vita – viene trasferito dall'iscritto all'ente che eroga la pensione. In altre parole, l'ente previdenziale si assume la responsabilità di garantire una rendita vitalizia e reversibile (a una vedova, a degli orfani), indipendentemente da quanto a lungo l'iscritto o i suoi beneficiari vivano. Tale rendita, inoltre, viene rivalutata sulla base dell'indice Istat dell'inflazione, contrastando quindi la perdita del valore della moneta. Al contrario, nel caso di un investimento in strumenti finanziari, il rischio legato alle oscillazioni dei mercati e ai rendimenti dei titoli è interamente a carico dell'investitore.

Oltre all'andamento dei mercati, che può influenzare negativamente il valore dei titoli acquistati, nell'investimento finanziario va tenuto conto che non c'è alcuna copertura per il rischio demografico: l'iscritto deve gestire personalmente il rischio di longevità, assicurandosi che le risorse accumulate siano sufficienti a coprire le proprie necessità. Inoltre, nello specifico di un Btp, l'investitore è soggetto al rischio inflazionistico, poiché l'inflazione erode il valore reale del rendimento e del capitale a scadenza.

La funzione di un ente previdenziale che gestisce i rischi sopra menzionati è resa possibile dalla solidarietà opportunamente distribuita su un'ampia collettività. Inoltre i contributi versati non hanno l'unica finalità di trasformarsi in pensione, ma servono anche a finanziare una serie di prestazioni assistenziali, anche di tipo assicurativo, che coprono l'iscritto – e spesso anche i suoi familiari – in caso di disagio, inabilità, non autosufficienza, calamità naturali e tante altre situazioni. Una copertura di solidarietà che ha un costo, e che tuttavia l'ente riesce a sostenere oltre al pagamento delle pensioni. Nel caso degli investimenti propriamente detti, invece, il ritorno è dato dal rendimento finanziario individuale e basta.

**PENSIONATI CHE LAVORANO**

Spesso i quesiti sulla convenienza "finanziaria" della contribuzione previdenziale arrivano da medici che continuano a esercitare la professione dopo il pensionamento. L'ente previdenziale nei loro confronti sta già assicurando la sua funzione, anche assistenziale, e risulta difficile per gli interessati cogliere appieno perché esista un obbligo contributivo ulteriore.

Per comprenderlo bisogna considerare che l'obbligo di contribuzione per i pensionati che lavorano è stato previsto dallo Stato (non dall'Enpam), nel 2011, in un'ottica di riequilibrio fra generazioni: in un momento in cui tutti gli enti venivano chiamati a introdurre sistemi di calcolo meno generosi per i giovani, ai più anziani – che più a lungo hanno beneficiato di metodi di calcolo più favorevoli – è stato imposto di continuare a contribuire anche dopo il pensionamento, non solo per far ottenere loro una pensione supplementare ma anche a scopo di solidarietà di sistema.

L'Enpam ha poi scelto di imporre il contributo minimo consentito dalla legge (la metà dell'aliquota intera di Quota B, cioè il 9,75 per cento) e di garantire comunque un supplemento automatico di pensione ogni anno (invece che un supplemento – solo su richiesta – dopo

2 o 5 anni, come accade all'Inps). Sulla "convenienza" individuale di versare l'aliquota per intero ogni iscritto deve necessariamente valutare autonomamente tenendo presente tutti gli aspetti, anche fiscali, evidenziati fin qui.

STUDIO DI  
**PIERLUIGI CURTI** (DIRETTORE AREA  
INVESTIMENTI MOBILIARI ENPAM)  
E **CRISTINA GAVASSUTI** (ATTUARIO AREA  
PREVIDENZA E ASSISTENZA ENPAM)  
TESTI DI  
**GABRIELE DISCEPOLI E LAURA  
MONTORSELLI**



# SANITÀ INTEGRATIVA: tutele e bonus per chi si iscrive a SaluteMia

Anche a 2025 avviato è possibile iscriversi per la prima volta o rinnovare l'adesione a SaluteMia, la mutua sanitaria integrativa dei medici e degli odontoiatri.

L'associazione di mutuo soccorso garantisce, estendendola anche ai propri familiari, una copertura socio-sanitaria che include misure di prevenzione, assistenza, prestazioni sanitarie e socio-assistenziali in tutte le fasi della vita degli iscritti.

Ad esempio, insieme al piano base, SaluteMia garantisce anche un'ampia tutela contro la **non autosufficienza**. Inoltre, come novità per il biennio 2024-2025, assicura a tutti gli iscritti una **copertura infortuni** gratuita.

## PER SE STESSI E I PROPRI CARI

Aderire alla società di mutuo soccorso "fatta dai medici per i medici" dà la possibilità di integrare l'offerta del Servizio sanitario nazionale e avere una sicurezza in più sui tempi e sulle prestazioni. SaluteMia, infatti, permette – attraverso **6 Piani sanitari** pensati per le diverse esigenze dei professionisti in camice – di costruire una tutela su misura per se stessi e per i familiari del proprio nucleo (coniugi o conviventi, figli, genitori), ma anche per i familiari non conviventi e per le loro rispettive famiglie. Con l'obiettivo di garantire a tutti una serie di tutele aggiuntive in caso di **visite specialistiche, esami diagnostici, ricoveri, prestazioni ospedaliere o extraospedaliere** e molto altro.

Inoltre, SaluteMia assiste i propri iscritti anche nei momenti lieti e significativi della vita, come per la **gravidanza** e la **genitorialità**, quando c'è un nuovo arrivo in famiglia.

In più, come accennato, la mutua offre a tutti gli iscritti, senza costi aggiuntivi, anche una **copertura infortuni** valida per eventi sia in ambito lavorativo che extraprofessionale, in Italia o all'estero.

## COPERTURA AD AMPIO RAGGIO

SaluteMia non è una semplice assicurazione, ma una mutua integrativa di categoria, **senza scopi commerciali o di lucro**, che offre una **copertura valida in Italia e all'estero**. Per aderire, **non sono previste barriere di età o salute** e i soci possono restare **iscritti anche in caso di eventi gravi**.

I Piani sanitari garantiscono **copertura dalle spese mediche** per un ampio ventaglio di prestazioni e, oltre alle molte tutele di base, agli iscritti vengono offerte una serie di **garanzie mutualistiche aggiuntive gratuite**: come misure e indennità a sostegno della genitorialità, la copertura "**critical illness**", che dà un supporto economico di almeno 4.000 euro in caso di patologie gravi, voucher per **visite di prevenzione** in ambito cardiologico, odontoiatrico e geriatrico, la possibilità di adesione diretta per gli **universitari**, con piani dedicati e scontati, oltre a **borse di studio** per i più meritevoli.

Aderire a SaluteMia permette inoltre di abbassare le tasse, dal momento che il contributo associativo versato è detraibile fino a 1.300 euro l'anno.

## CONTRO LA NON AUTOSUFFICIENZA

SaluteMia offre già nel Piano base una copertura fino a 17.000 euro l'anno per **l'assistenza di una persona non autosufficiente**. In aggiunta, sono garantiti anche servizi di informazione e orientamento medico telefonico, consulenza medico-specialistica e di alta specializzazione, guardia medica permanente, consegna esiti e invio medicinali a domicilio, diagnosi comparativa tramite Centrale operativa, area riservata via web per prenotazioni e consultazioni, applicazione su smartphone e tablet.

Sempre già nel Piano base, è inclusa una tutela specifica dalla non autosuf-

ficienza **a seguito di infortunio professionale**, con una copertura fino a 5.000 euro al mese.

## COME ISCRIVERSI (O RINNOVARE)

**Chi non ha ancora rinnovato** l'iscrizione ai Piani sanitari 2025 può farlo, entro il 31 gennaio, con pochi clic direttamente dall'area riservata del sito di SaluteMia. Il pagamento può essere fatto tramite bonifico o bollettino Mav. Per chi rinnova, la copertura decorrerà dal 1° gennaio 2025.

**I nuovi iscritti** possono, invece, aderire ai Piani sanitari direttamente dal sito web di SaluteMia. Per i nuovi iscritti, le tutele decorrono dal giorno effettivo di adesione: quindi stipulando subito uno o più Piani sanitari si beneficia delle relative coperture per un periodo più lungo del 2025.

# Salute digitale su misura e sempre in tasca

A tre anni dal lancio, dopo aver raccolto l'adesione di oltre 40mila professionisti, Tech2Doc si rinnova. La piattaforma di ENPAM sui temi dell'innovazione in ambito sanitario, cambia veste grafica, si arricchisce di nuovi formati e contenuti e diventa ancora più facilmente fruibile da telefono cellulare.

Per chi ancora non lo sapesse, Tech2Doc è infatti anche un'app, disponibile gratuitamente per Android e iOS, per avere sempre a portata di mano le ultime novità nel settore medico-digitale, risorse e strumenti per la formazione.

## REGISTRARSI SUL NUOVO SITO

Al nuovo portale si accede sempre dallo stesso indirizzo ([www.tech2doc.it](http://www.tech2doc.it)), ma è necessario seguire la procedura di registrazione perché le credenziali Enpam non sono più valide. Una volta loggati, i professionisti potranno usufruire di un ampio ventaglio di contenuti personalizzabili sulla base dei propri interessi: dalle video interviste con esperti della salute digitale, a notizie e aggiornamenti sui principali trend, pillole informative, quiz e infografiche scaricabili.

Sul sito sono presenti anche recensioni e approfondimenti su una vasta gamma di applicazioni, strumenti e progetti emergenti nel campo della digital health, già disponibili o in sviluppo, e case history su come diverse aziende e istituzioni hanno implementato soluzioni digitali per migliorare i risultati clinici, ottimizzare i processi e



rivoluzionare la gestione della salute. Medici e odontoiatri, inoltre, hanno accesso a un elenco di corsi accreditati Ecm per la formazione continua su tematiche di attualità e innovazione (10mila le iscrizioni registrate lo scorso anno) e a un calendario eventi, congressi e webinar sempre aggiornato.

## INFORMAZIONE SU MISURA

Per migliorare l'esperienza su Tech2Doc, la nuova versione della piattaforma consente agli iscritti di servirsi di un motore di ricerca dei contenuti di proprio interesse: si può cercare per tipologia – video, articoli, eventi, soluzioni – oppure per argomento, data di pubblicazione o autore.

Attraverso la scelta dei tag, gli utenti possono restare aggiornati su determinati temi, con la possibilità di salvare e scaricare articoli e video per consultarli in un secondo momento, anche offline.

## COSA TROVI SU TECH2DOC

- Video interviste con esperti della salute digitale
- Pillole informative da autori internazionali
- Webinar su temi centrali della digital health
- Recensioni di app e dispositivi innovativi
- News e articoli sull'innovazione medica
- Calendario eventi sempre aggiornato
- Corsi Ecm per la tua formazione continua
- Quiz e Infografiche scaricabili

CLAUDIA TORRISI

## *Rinnovo Esecutivo FIMMG Verona Assistenza Primaria*

Il dott. Rigon Giulio ha dato le dimissioni come Segretario Provinciale, pur rimanendo parte del Consiglio, dato il nuovo impegno assunto come Segretario dell'Ordine dei Medici di Verona che non gli consentirebbe di svolgere al meglio entrambi gli incarichi.

Il Consiglio Provinciale, in data 5 febbraio 2025, all'unanimità ha scelto di eleggere il nuovo Esecutivo per portare a termine il mandato in corso, che risulta così composto:

**Salvatore Claudio Segretario Provinciale Fimmg Verona**  
**Zenari Sonia Vice Segretario**

**Vicario**  
**Sovran Claudio Sergio Vice Segretario**  
**Cattano Rosario Segretario Amministrativo**  
**Donatoni Maria Sofia Segretario Organizzativo**

Il dott. Salvatore Claudio ringrazia il Consiglio per la fiducia in lui riposta, e comunica a tutti che il mese di febbraio lo vedrà impegnato per il passaggio di consegne, poi dal mese di marzo procederà a organizzare le Assemblee sul territorio nei vari distretti per:

- fare il punto della situazione e

spiegare anche le criticità o meno sul passaggio alla dipendenza di cui si sente molto parlare;

- ascoltare le necessità degli iscritti;
- informare sulle novità a livello regionale e nazionale.

Risulta disponibile da subito per le criticità impellenti, a breve comunicherà a tutti i recapiti dedicati e la sua disponibilità e presenza in sede per appuntamento con i singoli iscritti o con gruppi di colleghi.

## *Rinnovo Segreteria Regionale FIMMG Veneto*

In data 29 gennaio 2025 si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Consiglio Regionale, il nuovo esecutivo regionale risulta così composto:

Giuseppe Palmisano Segretario Regionale Fimmg Veneto  
 Barcati Ilaria Vice Segretario Regionale Vicario  
 Benini Pietro Segretario Amministrativo

Di seguito il Comunicato stampa del Segretario Regionale in risposta ai numerosi articoli usciti in questi ultimi giorni sulla stampa.

COMUNICATO STAMPA N° 03 DEL 06.02.2025

MEDICI DI FAMIGLIA DIPENDENTI? NO, GRAZIE IL SEGRETARIO PALMISANO: «A RISCHIO IL RAPPORTO DI FIDUCIA CON I PAZIENTI»

La trasformazione dei medici di famiglia in dipendenti della sanità pubblica è, da alcune settimane ormai, al centro del dibattito sulla riforma delle cure territoriali. A parlarne due giorni fa anche il presidente del Veneto Luca Zaia, che non solo si è detto d'accordo con la bozza di proposta circolante, ma ha anche rivendicato di averla in qualche modo ispirata. Medici di

Medicina Generale, dunque, non più liberi professionisti convenzionati, ma dipendenti del servizio sanitario, «perché solo così – ha spiegato Zaia – le Case della Comunità funzioneranno». «La dipendenza dei medici di famiglia – sottolinea il segretario regionale di FIMMG Veneto Giuseppe Palmisano – sembra ormai la panacea di tutti i mali. A noi sembra più un'arma di distrazione di massa. Siamo da sempre contrari alla dipendenza: innanzitutto perché rischia di minare l'alleanza con i pazienti e la nostra autonomia. Il rapporto con il medico di famiglia si basa sulla fiducia: la persona sceglie il proprio

medico e il medico conosce tutto del proprio assistito, la sua storia personale, spesso la sua famiglia, le sue patologie, ma anche il suo carattere e le sue preoccupazioni. Tutto questo consente al medico di prendere in carico quel paziente nel modo migliore per lui, di scegliere una cura su misura. Nelle Case della Comunità, invece, tutto questo potrebbe non essere garantito: lì il paziente chi trova, trova». Non esiste, infatti, al momento alcun modello organizzativo definito che spieghi come staranno i medici di famiglia (e gli altri professionisti) nelle nuove strutture, che ruoli, che mansioni, che strumentazione avranno. «I giovani colleghi – prosegue il dottor Palmisano – che, secondo la bozza, saranno assunti solo lì, saranno mandati allo sbaraglio. La sensazione è che ci sia solo l'ansia di riempire». L'ipotesi di riforma prevede, infatti, che la trasformazione sia graduale e venga applicata all'inizio solo ai nuovi medici e non a chi è già in attività. «Secondo me, invece, o le regole valgono per tutti o non se ne fa nulla. La Medicina Generale merita una riorganizzazione seria per essere efficace: non si può farne uno spezzatino, qualcuno sì, qualcuno no... La categoria deve restare unita, compatta. Si dice: le nuove leve

tutte dipendenti nelle Case della Comunità. Bene, e poi, quando gli attuali medici di famiglia in attività andranno in pensione, e in Italia saranno 11.400 entro il 2026, cosa succederà dei loro ambulatori dato che i giovani sono tutti già altrove? Come si garantirà la prossimità delle cure, assicurata oggi dalla capillarità degli studi sul territorio?». L'altra ipotesi circolante di riforma è quella proposta da Forza Italia che si sgancia dalla dipendenza e mantiene il rapporto di convenzione, ma ripartisce il lavoro dei medici di famiglia tra i loro ambulatori (al massimo 20 ore la settimana) e le Case della Comunità (almeno 18 ore la settimana). «Noi non siamo contrari all'idea – spiega il segretario regionale – che i medici di famiglia prestino la propria opera anche all'interno delle nuove strutture. Anzi: già nell'ultimo accordo collettivo nazionale, firmato ad aprile 2024, ci sono gli strumenti per definire questa partecipazione. Siamo convinti, però, che la prima cosa da fare sia potenziare le AFT, le aggregazioni funzionali territoriali, cioè l'insieme di medicine di gruppo e ambulatori singoli. Questi presidi sono e restano fondamentali per rispondere davvero ai bisogni di salute dei cittadini nelle frazioni e nelle aree più disagiate:

solo se funzionano a pieno regime, funzioneranno anche le Case della Comunità». I tempi sono stretti, anzi strettissimi, dato che entro il giugno 2026 tutte e 99 le Case della Comunità in Veneto dovranno essere pronte e funzionanti. Nulla però è ancora deciso, si affretta a spiegare il mondo politico. Anche il presidente Zaia si è detto disponibile a discutere con la categoria qualsiasi ipotesi di riforma. «Finalmente! – la risposta del dottor Palmisano – Noi siamo prontissimi al dialogo e al confronto. E lo siamo da tempo: per mesi, proprio sulla riorganizzazione delle cure territoriali, abbiamo sollevato criticità e richiesto incontri alla Regione per trovare soluzioni condivise. La risposta è sempre stata solo un silenzio assordante. Ora, finalmente, se i tempi sono maturi, noi ci siamo».

Mestre Venezia, 06 Febbraio 2025

IL SEGRETARIO REGIONALE FIMMG VENETO  
DOTT. GIUSEPPE PALMISANO

## Dipendenza o Convenzione?

Da alcune settimane tengono banco nel dibattito pubblico il **presunto passaggio per i medici di famiglia dall'attuale rapporto libero professionale in convenzione alla dipendenza**, riforma che sarebbe allo studio del Ministro della Salute Orazio Schillaci e fortemente voluta da alcune Regioni con il Veneto capofila, e la proposta di legge targata Forza Italia che, invece, pur mantenendo il rapporto convenzionale introduce un debito orario di 38 ore, 20 delle qua-

li (al massimo) da svolgere nei propri ambulatori, le restanti da destinare alle Case della Comunità.

Corrono voci di corridoio - dato che nessun testo è stato ancora discusso con i sindacati - che amplificano la confusione e l'incertezza.

FIMMG, però, non ha dubbi nella sua scelta di continuare a tutelare la professionalità del medico di Medicina Generale nell'interesse esclusivo degli assistiti.

**Il nostro NO deciso ALLA DIPENDENZA**, allora, va in questa direzione perché sono tanti e di tipo diverso i rischi che si corrono:

1. il rischio di perdere il rapporto di fiducia con il paziente: la dipendenza mina la relazione diretta medico-paziente e ostacola la nostra libertà di agire in autonomia, secondo le esigenze e i tempi propri di ciascun assistito;
2. il rischio di perdere la capillarità dell'offerta sanitaria: il rapporto

- di dipendenza potrebbe far venire meno la capillarità offerta dai nostri ambulatori distribuiti nei territori;
3. Il rischio di perdere la prossimità delle cure: noi conosciamo i nostri pazienti, i loro contesti familiari e sociali, le loro storie cliniche, ma anche le loro necessità e preoccupazioni. Inserirli solo nel contesto delle Case della Comunità, e dunque anche fisicamente più lontani dai nostri pazienti, perderemo questo rapporto diretto con loro, un rapporto che consente di garantire cure di qualità e personalizzate. La scelta fiduciaria sarebbe così pressoché azzerata: affidare ai privati o alle assicurazioni le cure territoriali sarebbe il passo successivo.
4. Il rischio di perdere l'autonomia organizzativa e la libertà dell'atto medico in scienza e coscienza: non avrebbe più argine l'imposizione aziendalistica di una finta appropriatezza prescrittiva (che cela spesso tagli indiscriminati alla spesa sanitaria).

Sul fronte del DEBITO ORARIO DI 38 ORE, ci sembra, invece, sia sottintesa quella leggenda metropolitana che ci vede come dei "fannulloni". Sfuggono ai più le difficoltà che stiamo affrontando per tenere in piedi la sanità pubblica, tra carichi di lavoro sempre crescenti, burocrazia asfissiante, conflittualità nei rapporti con i pazienti. La discussione sulla riforma, dunque, dovrà poggiare sul lavoro svolto per la cronicità, la domiciliarità, per l'aggiornamento professionale e per la gestione della spropositata mole burocratica che via via ci è stata affidata e che ormai svolgiamo al di fuori dell'orario di ambulatorio.

Con la mobilitazione nazionale che abbiamo avviato vogliamo dire alla politica:

- che le riforme epocali, le "rivoluzioni", non si annunciano: si realizzano con i professionisti e non contro di loro;
- che la sanità territoriale sarà più efficace solo se i medici saranno messi in condizione di lavorare meglio;
- che l'ipotesi di dipendenza mira

più a ridurre l'autonomia dei professionisti che a migliorarne l'efficienza;

- che non siamo contrari alla nostra presenza nelle Case della Comunità, a condizione che ci sia una gestione condivisa dei ruoli e delle attività così come previste (MMG, specialisti, personale infermieristico e di segreteria, diagnostica) per migliorare la sanità territoriale.

Meritiamo certezze e non futuri incerti per noi e per i nostri pazienti: per questo tutti dobbiamo metterci in gioco per il futuro della Medicina Generale. Diciamo basta ad accuse generiche, soluzioni raffazzonate e obiettivi nebulosi.

Sarà mia cura aggiornarti tempestivamente sull'andamento della mobilitazione, sulle novità e su eventuali azioni future in programma.

DOTT. CLAUDIO SALVATORE  
SEGRETARIO PROVINCIALE FIMMG VERONA

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

## OFFERTI AGLI ISCRITTI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Ministero della Salute

**Ti ha salvato.  
Ti salverà ancora.  
Rispetta chi si prende  
cura di te e dei tuoi cari.**

*La violenza non è mai la soluzione.*

Con la Legge 171/2024, chi aggredisce i professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura rischia l'arresto in flagranza anche differita e pene più severe per chi danneggia beni delle strutture sanitarie.

## **"Ti ha salvato, rispettalo": campagna del ministero contro le aggressioni ai sanitari**

Con la headline "Ti ha salvato. Ti salverà ancora. Rispetta chi si prende cura di te e dei tuoi cari" la campagna vuole portare all'attenzione il ruolo essenziale del personale sanitario nella vita di ciascuno di noi. Questo messaggio sottolinea un concetto fondamentale: almeno una volta nella vita, ognuno di noi o una persona a noi cara ha ricevuto cure e assistenza da un operatore sanitario. La frase crea un legame emotivo e induce alla riflessione sulla riconoscenza e il rispetto dovuti a chi si dedica alla salute altrui. La campagna informa inoltre che, con la Legge 171/2024, chi aggredisce chi lavora nei luoghi di cura rischia l'arresto in flagranza anche differita e sono previste pene più severe per chi danneggia beni delle strutture sanitarie.

