

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica

In questo numero:

- Astensione dell'Italia alla votazione
sul piano pandemico mondiale dell'OMS pag. 13**
- Alcune considerazioni sulla morte volontaria
medicalmente assistita pag. 14**
- Non si spara sulla Croce Rossa pag. 23**
- Cosa capita negli ospedali a Gaza pag. 24**
- Tra medicina e filosofia nel Rinascimento.
Il contributo di Girolamo Fracastoro pag. 34**

VERONA MEDICA

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

Anno LX n. 2 GIUGNO 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

Direttore Responsabile
Roberto Mora

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

veronamedica2025@gmail.com

Consiglio Direttivo

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

Consiglieri

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

Revisori dei Conti

Vania Teresa Braga, Francesca Moretti

Revisore dei Conti Supplente

Stefano Bortoletti

Commissione Odontoiatri

Luca Buono, Richardo Frech 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

Foto di Copertina

Venezia
Riccardo 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 *Dov'è finita la nostra civiltà?*

NOTIZIE DALL'ORDINE

5 *Verbali del Consiglio e delle Commissioni*

ALBO ODONTOIATRI

9 *Verbali della Commissione Odontoiatri*

LETTERE

12 *Come stanno i Medici Dipendenti? Quale sarà il loro futuro?*

12 *Sprechi in sanità*

13 *Astensione dell'Italia alla votazione sul piano pandemico mondiale dell'OMS*

BIOETICA E MEDICAL HUMANITIES

14 *Alcune considerazioni sulla morte volontaria medicalmente assistita*

PROFESSIONE E LEGGE

17 *Scudo penale e responsabilità civile. Le proposte della Commissione ministeriale incaricata a rivedere la legge Gelli Bianco*

19 *Novità dal Decreto milleproroghe*

20 *Polizza per i primi 30gg di malattia o infortunio*

ATTUALITÀ

23 *Non si spara sulla Croce Rossa*

24 *Cosa capita negli ospedali a Gaza*

28 *Fondazione GIMBE: medici di famiglia a rischio estinzione.*

30 *Medicina: via il numero chiuso arriva quello programmato*

31 *La scomparsa del dottore*

32 *Morbillo in Europa: nel 2024 casi decuplicati e l'87% non è vaccinato*

STORIA DELLA MEDICINA

34 *I padri veronesi della medicina. Rassegna storico-etica Tra medicina e filosofia nel Rinascimento. Il contributo di Girolamo Fracastoro*

38 *Le stampe propagandistiche dei laboratori farmaceutici Maestretti*

FNOMCEO

42 *Rispettate la Convenzione di Ginevra!*

42 *Proposte FNOMCeO alla Commissione Affari Costituzionali del Governo*

43 *Medicina: ora è una professione al femminile*

ENPAM

45 *Enpam: approvate all'unanimità ultime modifiche allo Statuto prima del voto 2025-2029. In estate l'elezione per il rinnovo dei rappresentanti*

45 *Il bilancio 2024 chiude con un utile di 1,1 miliardi di euro*

46 *Italia al centro degli investimenti dell'Enpam*

47 *Riscatti agevolati Enpam*

49 *Neo-natalità, dall'Enpam un sostegno per padri e madri medico*

49 *Mutui Enpam: aperte le domande per il 2025*

50 *ENPAM: prestito d'onore a studenti e laureati under 35*

SINDACATI MEDICI

51 *3° Rapporto Fnomceo-Censis: il 72% degli italiani non rinuncerebbe al medico di famiglia e il 76% lo vuole vicino*

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.

Dov'è finita la nostra civiltà?

Qualche giorno fa un amico e collega israeliano che vive e lavora in Italia da quasi 50 anni (lo chiamerò XX per rispettarne la privacy ed anche, come dice lui, la sua incolumità), mi parlava di un articolo che aveva letto su un quotidiano israeliano cui è abbonato. Vi si raccontava che i colleghi che lavorano negli ospedali della striscia di Gaza, per far fronte all'elevato numero di bambini che vengono trasportati ai pronto-soccorso in condizioni disperate, sono costretti a selezionare tra loro quelli con le maggiori probabilità di sopravvivere. Quelli scartati in questo tragico "Triage" vengono inviati in un'area apposita, creata sempre all'interno dell'ospedale, dove possono morire con l'assistenza, almeno, dei loro genitori.

Incuriosito, ma anche un po' incredulo, dal momento che XX è un israeliano di origini palestinesi, gli ho chiesto se poteva farmi avere la copia del giornale. Mi ha risposto inviandomi via e-mail una traduzione dell'articolo in questione ottenuta con il traduttore automatico di Google.

Ho verificato se l'articolo fosse reperibile tra le pagine web del giornale che mi aveva indicato e la ricerca mi ha confermato che l'articolo esiste ed è stato pubblicato il 13 aprile ultimo scorso.

Il suo titolo nella versione inglese è 'Dead Children's Area': American Surgeons Return From Gaza and Can't Forget the Nightmare". Il giornalista che l'ha scritto si chiama [Nir Hasson](#).

Chi interessato a leggerlo integralmente dall'inglese lo può trovare inserendo come ricerca il suo titolo ed il nome del giornalista.

Evidentemente in Israele esiste ancora la libertà di stampa.

La pagina web da cui lo si può scaricare, contiene tra l'altro anche i video delle interviste ai due medici americani volontari a Gaza menzionati nell'ar-

ticolo.

Ho rivisto il testo della traduzione, confrontandolo con il corrispettivo in inglese, correggendo grammaticalmente le inesattezze del traduttore automatico e ho pensato di proporlo ai lettori di Verona Medica.

Nelle pagine di questo numero di Verona Medica troverete, nella rubrica attualità, l'articolo in questione ed anche il racconto di quanto è accaduto, sempre nella striscia di Gaza, nei giorni immediatamente precedenti a quella intervista, quando un convoglio di ambulanze si è fermato, incautamente, di notte, per soccorrere un un'auto della polizia di Hamas che era stata attaccata dalle Forze Armate Israeliane.

Ho intitolato questo secondo articolo "Non si spara sulla Croce Rossa".

Titolo che può sembrare un'affermazione scontata, ma che nei conflitti di oggi, sia che essi avvengano in Palestina, in Ucraina o in qualsiasi altra parte del mondo, ci dovrebbe far riflettere sulla precarietà delle convenzioni internazionali con fini umanitari nei nostri tempi.

L'impressione è quella che nei conflitti del passato le parti coinvolte fossero, in genere, più rispettose di quei principi di quanto lo possiamo essere noi oggi.

Forse siamo diventati più barbari dei nostri genitori?

È una domanda cui non oso rispondere, e che lascio come spunto di riflessione ai lettori del giornale invitandoli ad esprimere sul tema le loro opinioni in merito, e ad inviarcele scrivendo all'indirizzo e-mail del nostro giornale.

veronamedica2025@gmail.com

Sarò ben lieto di pubblicarle sul prossimo numero di Verona Medica.

Nel frattempo come medici non possiamo certamente girare la testa di lato e far finta di niente.

Ne va dei principi deontologici che guidano la nostra professione, dei motivi per cui abbiamo scelto di praticarla.

È nostro dovere adoperarci, nei modi e nei tempi in cui ci sarà permesso, per richiamare l'opinione pubblica su quanto sta accadendo, sulla barbarie montante che rischia di cancellare secoli di civiltà.

Per questo ho deciso di pubblicare quegli articoli, rischiando, lo confesso, di vedermi accusato di faziosità politica.

Non pubblicarli sarebbe stata la stessa cosa.

E comunque, ve lo assicuro, schierarmi ideologicamente era ed è tutt'altro che la mia intenzione.

Che è invece quella di rendere testimonianza di quanto sta accadendo per richiamare l'attenzione di chi si identifica nello spirito che muove i medici che, come i nostri amici americani nella Striscia di Gaza, rischiano ogni giorno la vita per tener fede al giuramento che hanno pronunciato quando hanno scelto di fare questa professione.

ROBERTO MORA

Verbali del Consiglio e delle Commissioni

**VERBALE DELLA RIUNIONE
DI CONSIGLIO DEL
26 FEBBRAIO 2025**

**Convocazione ore 20.00
Sala Consiglio**

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

Assenti: G.Carrara, S.Bortoletti.

1) Comunicazioni del Presidente

Il Presidente fa presente che tutti i membri del Consiglio dovranno sottoscrivere dichiarazione autocertificata, sull'assenza, per loro, di cause di inconfirmità, e incompatibilità all'incarico, ai sensi dell'art. 20 del decreto legislativo n. 39/2013, che andrà consegnata entro la prossima seduta di consiglio.

2) Approvazione verbale precedente

Il verbale della seduta di Consiglio del 22/1/2025 viene approvato all'unanimità.

3) Iscrizioni e cancellazioni

Il dottor Cordioli dà lettura dei nomi dei nuovi iscritti e di quelli cancellati, il cui elenco viene approvato all'unanimità.

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI CHIRURGHI

Prima Iscrizione:

Dott.ssa BRACCHI Giulia
Dott.ssa BRESSAN Federica
Dott.ssa DI GASPARRO Linda

Iscrizione per trasferimento:

Dott.ssa FERRANTE Alice da Omceo CASERTA
Dott.ssa GAUDINO Rossella da Omceo VICENZA
Dott.ssa KOSTIC Irena da Omceo UDINE
Dott. LAURENTE Mauro da Omceo PADOVA
Dott. MAHAGNA Abed El Moneam da Omceo ROMA
Dott.ssa PIANEZZOLA Elisabetta da Omceo VICENZA
Dott.ssa TAMASCELLI Sara da Omceo ROVIGO

Cancellazioni per decesso:

Dott. BENEDETTI Bruno
Dott. CARLINI Alberto
Prof. LO CASCIO Vincenzo
Dott. PRATI Gaetano
Dott. SABATINI Aurelio

Cancellazione per trasferimento:

Dott.ssa CHIAMENTI Margherita Vs Omceo Milano

Variazione codice fiscale:

Dott. BADONA MONTEIRO Geraldo da BDNGLD55T05Z319F a BDNGLD55T05Z320M

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

ODONTOIATRI

Prima Iscrizione:

Dott.ssa MARKOVIC Sara

Iscrizione per trasferimento:

Dott. GHOLIPOUR Mohammadamin da Omceo PISA

4) Ratifica parere commissione pubblicità

Viene ratificato il parere di pubblicità richiesta dal dott. V.
Il Consiglio dopo ampia discussione approva la costituzione di una com-

missione mista CAO-CAM, riconoscendo l'autonomia decisionale di entrambe le componenti, ritenendo utile su una tematica di questo tipo di far sì che ci sia una condivisione di intenti fra le componenti odontoiatrica e medica.

5) Calendario aggiornato delle sedute di Consiglio

Il Presidente comunica le nuove variazioni per le date dei prossimi consigli.

6) Commissioni aggiornamenti componenti

Il Presidente comunica al Consiglio i componenti di alcune Commissioni

Commissione Territorio Ospedale e Università

Sandro	BELLAMOLI
Pietro	BENINI
Giulio	BONGIOVANNI
Davide	BRUNELLI
Elisa	CAMETTI
Matilde	CARLUCCI
Viviana	COFFELE
Paolo	COSTA
Ivano	DAL DOSSO
Vincenzo	DI FRANCESCO
Francesca	MORETTI
Giuseppe	MORETTO
Annamaria	MUSSO
Francesco	ORCALLI
Denise	SIGNORELLI
Massimo	VALSECCHI
Nicola	ZANETTI

Commissione per lo sviluppo professionale continuo e cultura Luciano Vettore

Massimiliano	BONIFACIO
Elisa	COSARO
Vincenzo	DI FRANCESCO
Michele	GANGEMI
Giulia	GHINATO
Giuseppe	MORETTO
Francesco	ORCALLI
Michela	PERINA
Giovanni	PIZZOLO
Teodoro	SAVA
Evelina	TACCONELLI
Massimo	VALSECCHI

Commissione Libera Professione

Giorgio	CARRARA
Vincenzo	LACOLA
Umberto	LUCIANO
Michela	PERINA
Anna	PERONI

Giampaolo POLINELLI
Benedetta ZAMBOTTI

Commissione Salute e Ambiente:

Dr. Cirillo Pasquale
Dr. Giovanni Beghini
Dr. Gianstefano Blengio
Dr. Salvatore Falcone
Prof. Stefano Tardivo
Dr. Diego Todeschini
Dr. Mara Tommasi

Commissione Pubblicità

Dr. Lucio Cordioli
Dr. Maurizio Corbellini
Dr. Luca Buono
Dr.ssa Michela Perina

Il consiglio approva all'unanimità.

7) Nomina RPCT Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

Il Presidente, ricordando che il Consiglio è stato recentemente rinnovato, e che è necessario nominare un nuovo Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza di OMCEO Verona, suggerisce il nome del consigliere dottor Giuseppe Petrilli, non essendo possibile nominare dirigenti della Segreteria, i quali forniranno al nuovo RPCT ogni necessario supporto per l'attuazione del piano triennale e per ogni ulteriore e necessario atto. Il dottor Giuseppe Petrilli che accetta l'incarico, viene nominato come Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza di OMCEO Verona, con voto unanime.

8) Regolamento di Contabilità

La dott.ssa Pastori informa il Consiglio della nuova proposta di regolamento dell'OMCeO che è stato predisposto dalla dott.ssa Ranalli anche in collaborazione con altri Ordini dei Medici. Il regolamento fa sì che siano più dettagliate le procedure di bilancio sia preventivo che consuntivo. Il consiglio approva.

9) Variazioni di bilancio

Il Tesoriere sottopone all'attenzione del Consiglio Direttivo la seguente variazione che ritiene necessario apportare al Bilancio Preventivo 2025. 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 dell'avanzo di amministrazione trattandosi di spese in conto capitale necessarie per la sostituzione del server e di alcuni pc a seguito dell'improvviso e imprevisto guasto che ne ha compromesso le funzionalità

- Incremento di euro 21.000,00 (ventunmila/00) del capitolo U-2-18-002

Si allega di seguito la bozza di delibera degli assestamenti.

10) Preventivo per sostituzione del server

La Dott.ssa Pastori, tesoriere dell'OMCeO prosegue ed illustra il preventivo pervenuto dalla ditta Tecsis per il nuovo server, che è urgente sostituire, il che risulta una spesa straordinaria non preventivata nel bilancio preventivo 2025.

Si discute della necessità di avere una sostituzione del server il più rapida possibile per garantire il funzionamento degli uffici dell'Ordine e il consiglio approva, con un voto contrario, la spesa e la variazione di bilancio proposta.

11) Varie ed eventuali

Il Presidente comunica che il 25 febbraio, è pervenuta alla segreteria richiesta del presidente della Cao, dottor Rino Guglielmi, di copia del parere inviato all'Ordine da parte della FNOMCEO sulla "compatibilità dei ruoli istituzionali svolti dal dottor xxx.". Osserva che la richiesta è irri- tuale, non è motivata, e che il parere è stato emesso, da organo diverso dall'OMCEO, in relazione ad un punto specifico oggetto di ricorso proposto alla Commissione Centrale avverso le operazioni elettorali, e che quindi lo stesso rimarrà riservato, per esigenze difensive, sino a quando l'Ordine non avrà svolto le proprie difese scritte nel ricorso proposto.

Non essendovi più ulteriori questioni da deliberare, la seduta si chiude alle ore 21.00

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 13 MARZO 2025

Convocazione ore 20.00 Sala Consiglio

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

Assenti: A.M.Musso, V.Braga, F.Moretti.

1) Comunicazioni del Presidente

Il Presidente relaziona il Consiglio sulla partecipazione da parte dell'OMCeO di Verona ai recenti incontri: Convegno Fondazione Sanità Pubblica Regione Veneto, Incontro con Procuratore capo Verona e Comandante CC Verona; inoltre, la dott.ssa Tomezzoli riferisce di aver preso parte al Consiglio Nazionale FNOMCeO del 13/03/2025 durante il quale il Presidente Anelli ha presentato le linee programmatiche del quadriennio 2025-2028.

2) Approvazione verbale precedente

Approvazione all'unanimità del Consiglio del 26 febbraio 2025.

3) Referenti Commissioni: si rendono note le nuove commissioni

COMMISSIONE TELEMEDICINA INTELLIGENZA ARTIFICIALE – ROBOTICA EVOLUZIONE E NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI

Prof. Andrea Ruzzenente Direttore Ch. Generale e epatobiliare AOVR
Prof. Alessandro Antonelli Direttore Urologia AOVR
Dr. Simone Giacomuzzi Ch. Gen e dell'esofago e dello stomaco AOVR
Dr. Riccardo Nocini ORL AOVR
Dr. Alberto Malva Medico Medicina Generale
Dr. Lorenzo Manea Medico Medicina Generale
Dr. Davide Brunelli Consigliere Ordine dei Medici e Vicedirettore Sanitario

IRCCS Negrar referente
Dr. Giulio Rigon Segretario Ordine dei Medici e Medico Medicina Generale
Dr.ssa Viviana Coffele Direttore della Funzione Territoriale ULSS9
Dr. Castellani Roberto Referente Pronto Soccorso Ospedale Pederzoli di Peschiera del Garda
Dott. Cavedon Carlo

COMMISSIONE PSICOTERAPEUTI

Referente: Prof. Alfredo Guglielmi

Componenti:

Prof. Corrado Barbui (Univr.)
Prof.ssa Michela Nosè (Univr.)
Dott.ssa Raffaella Rizzo (B.Trento)
Dott.ssa Francesca Gomez Homen (Bussolengo)

COMMISSIONE GIOVANI MEDICI

Anna Tomezzoli (referente per il consiglio)

Pasquale Cirillo
Stefano Bortoletti MMG
Davide Demonte specializzando Annamaria Colombari Medico ospedaliero pediatra
Sofia Lorenzini MMG
Sofia Donatoni MMG

4) Iscrizioni e cancellazioni

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI CHIRURGHI

Prima Iscrizione:

Dott.ssa CAGNONI COLTRI Denise
Dott.ssa FERRO Agnese
Dott.ssa SARRA Martina
Dott.ssa VERZINI Alessandra

Iscrizione per trasferimento:

Dott.ssa BARTUCCIO Adriana Caterina da Omceo Padova
Dott. FURNARI Andrea da Omceo Torino
Dott. MARIOTTINI Gabriele da Omceo Bergamo
Prof. CRISAFULLI Ernesto da Omceo Modena
Dott.ssa SALES Carolina da Omceo Siena

Cancellazioni per decesso:

Prof. COLAFELICE Marco
Dott. STEFFENONI Marco

Cancellazione per trasferimento:

Dott.ssa BIGGI Elisa Vs Omceo Massa e Carrara
Dott. DJOUKENG Etienne Beau-Fils

Cancellazioni su richiesta:

Dott.ssa DEGANI Alessandra

Iscrizione STP:

NOESIS S.T.P. S.R.L.

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

ODONTOIATRI

Prima Iscrizione:

Dott. TAUT Iulian

Le iscrizioni e cancellazioni vengono approvate all'unanimità.

5) Varie ed eventuali

Il Presidente ricorda l'istituzione della borsa di studio AMMI per la medicina di genere, che verrà pubblicata sul sito dell'OMCeO e chiede a tutti i consiglieri di diffondere questo messaggio.

VERBALE DELLA RIUNIONE DI CONSIGLIO DEL 9 APRILE 2025

Convocazione di Consiglio inizio ore 20.30

Presenti: A.Guglielmi, G.Rigon, A.Tomezzoli, C.Pastori, G.Accordini, D. Brunelli, L.Buono, G.Carrara, P.Cirillo, M.Corbellini, L.Cordioli, I.Dal Dosso, A.Musso, F.Orcalli, M.Perina, G.Petrilli

Assenti giustificati: R.Castellani, V.Braga, S.Bortoletti, F.Moretti.

1) Comunicazioni del Presidente

Il Presidente informa il Consiglio rispetto le tematiche della periodica newsletter (in preparazione con l'addebbta stampa Laura Perina) e chiede ai Consiglieri se hanno proposte in merito.

Prosegue comunicando che è arrivata una recente lettera del Dott. Rober-

to Mora, sulla tragedia avvenuta a Rafah, dove sono stati uccisi 15 sanitari. Sarebbe utile che l'Ordine esprimesse in merito la sua solidarietà. Alcuni Ordini lo hanno già fatto; di quanto avvenuto si farà cenno sulla newsletter esprimendo la vicinanza alle famiglie dei colleghi che sono mancati. Si farà cenno anche al fatto che il dott. Benati (membro di AMO - Associazione Malati Oncologici) ha ricevuto una medaglia d'argento al merito dal presidente Mattarella. Si comunicheranno anche gli eventi in programma per la formazione ECM.

Il Presidente rende partecipe il Consiglio del video sulla situazione della Commissione Centrale per le professioni sanitarie (CCEPS), e della proposta di riformarla con la ripresa dei lavori dopo le dichiarazioni del Ministro della Salute. Il problema è che quando viene comminata una sanzione disciplinare al sanitario, questi fa ricorso alla CCEPS, il ricorso ha effetto sospensivo, con la conseguenza che il sanzionato può continuare ad esercitare la professione. La definizione di un procedimento disciplinare, in tal modo, assume tempi lunghi. Ora una proposta ministeriale propone di fare una sezione stralcio della Commissione che possa esaminare i procedimenti in corso in tempi rapidi.

OMISSIS...

Il Presidente ricorda che tutti i consiglieri sono tenuti alla riservatezza su quanto si discute in Consiglio, e ricorda che tutti i consiglieri, all'atto della nomina si sono assunti obblighi scritti, che delimitano i loro poteri e i loro doveri, nell'adempimento del loro mandato, che va esercitato nell'interesse di tutti gli iscritti, e nei confronti del personale dell'Ordine con integrità, lealtà, imparzialità, riservatezza e trasparenza, come prevede anche il Codice di comportamento del personale dell'Ordine dei Medici, applicabile, secondo l'art. 2 anche a tutti i consiglieri e ai componenti degli Organi istituzionali, come ha di recente statuito anche il Consiglio dell'Anac con recente parere del 2024.

OMISSIS...

Invita tutti i consiglieri a leggere il

codice di COMPORTAMENTO DEL PERSONALE, il cui art. 14 prevede che "tutto il personale dipendente deve essere trattato con pari dignità, rispetto, uguaglianza di trattamento, e con correttezza, che l'ente non deve tollerare alcuna forma di molestia, ma anzi deve tutelare il personale da tali comportamenti."

Il Presidente conclude affermando che, se qualche consigliere ritiene di essere presente in Consiglio, e di poter operare solo per qualche associazione, o per qualche gruppo di persone, e non invece nell'interesse di tutti gli iscritti all'OMCeO, si configurerebbe un conflitto di interesse, che dovrebbe essere contestato.

OMISSIS...

2) Approvazione verbale precedente

Il Presidente pone all'approvazione il verbale consiglio precedente, che viene approvato all'unanimità.

3) Iscrizioni e cancellazioni

Terminato il Presidente passa la parola al dott. Cordioli per iscrizioni e cancellazioni

ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI

MEDICI CHIRURGHI

Prima Iscrizione:

Dott.ssa CIRILLO Mariavittoria
Dott. FASOLI Giovanni
Dott.ssa FONTANA Martina
Dott.ssa LEOPIZZI Nadia
Dott.ssa MAURIELLO Carmen
Dott. MATTIOLO Paolo
Dott.ssa PELLEGRINI Silvia
Dott.ssa PIVA Giorgia
Dott. QUINCI Riccardo
Dott. TACCONI Marcello
Dott.ssa TESSITORE Oriana

Iscrizione per trasferimento:

Dott.ssa SALLES CESAR DE OLIVEIRA Fernanda da Omceo Pescara

Cancellazioni per decesso:

Dott. BELLOMI Marco
Dott.ssa GAINO Stefania
Prof. ORIO Gastone

Cancellazioni per trasferimento:

Dott.ssa ZUCO Carmela Vs Omceo Trento

Cancellazioni su richiesta:

Dott.ssa SCHNOBLINGOVA Zuzana

Iscrizione elenco psicoterapeuti:

Dott. ssa LESO Giulia

Iscrizioni e cancellazioni approvate dal Consiglio all'unanimità.

4) Integrazione Commissioni

- Aggiunta alla Commissione Libera Professione
Dott. Andrea Furnari
- Aggiunta alla Commissione Telemedicina Intelligenza Artificiale-Robotica evoluzione e nuovi modelli organizzativi
Dott. Del Zotti Francesco

Il presidente passa la parola al tesoriere dott.ssa Caterina Pastori la quale comunica al Consiglio che in vista dell'approvazione del rendiconto finanziario, viene disposto il riaccertamento ordinario dei residui, attraverso il quale si procede alla cancellazione dei residui attivi e passivi non assistiti da obbligazioni giuridicamente perfezionate nonché alla conferma dei residui attivi e passivi le cui obbligazioni non sono esigibili alla data del 31 dicembre dell'esercizio a cui si riferisce il rendiconto; gli elenchi dei residui attivi e passivi che si allegano al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale:

I residui attivi e passivi provenienti dalla competenza 2024 che sono stati confermati nell'esercizio 2025;

Il tesoriere prosegue con la relazione sul conto consuntivo gestione esercizio 2024.

Il tesoriere dopo l'introduzione fa un'analisi approfondita delle entrate e delle uscite e dice che il bilancio farà parte integrante del presente verbale. I residui vengono approvati all'unanimità dal Consiglio, nessuno astenuto nessuno contrario.

Il bilancio consuntivo anno 2024 viene approvato all'unanimità dal consiglio nessuno astenuto nessuno contrario.

Il presidente fa presente che dalla quota d'iscrizione, l'Ordine deve dare alla FNOMCeO per ogni iscritto € 23.00 questo importo anche per chi non paga la quota ordinistica come per chi è arrivato ai 50 anni di laurea e che ogni anno aumentano (nonostante non far pagare la quota a loro sia stato un gesto bellissimo è possibile che un giorno nel tempo bisognerà fare una riflessione e prevedere di far pagare almeno una piccola quota anche a loro).

Prende la parola il dott. Carrara il quale dice che ci sono tanti liberi professionisti i quali fanno parte di associazioni proprie, quindi consiglia un corso di BLS per gli iscritti all'OMCeO e chiede di proporre la collaborazione con la Croce Rossa da organizzare con postazioni di rianimatori. Il consiglio approva.

Allegato	Descrizione	Importo
A	Residui attivi cancellati definitivamente con il riaccertamento ordinario	€ 776,00
A	Residui attivi conservati al 31 dicembre 2024 provenienti dalla gestione di competenza	€ 39.966,41
A	Residui attivi conservati al 31 dicembre 2024 provenienti dalla gestione dei residui	€ 5.195,84
B	Residui passivi cancellati definitivamente con il riaccertamento ordinario	€ 10,86
C	Residui passivi conservati al 31 dicembre 2024 provenienti dalla gestione di competenza	€ 120.837,15
C	Residui passivi conservati al 31 dicembre 2024 provenienti dalla gestione dei residui	€ 1.500,00

Verbali della Commissione Odontoiatri

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 16 GENNAIO 2025

Presenti: *Guglielmi, Buono, Perina, Marchetti, Frech.*

Ora inizio: 19.30

Si procede con le nomine dei componenti per la Commissione esaminatrice agli Esami di Stato per l'Odontoiatria anno solare 2025. Vengono nominati come componenti effettivi il dott. Luca Buono e il dott. Andrea Marchetti e come supplenti il dott. Marco Zanetti e la dott.ssa Michela Perina.

Si procede con la presa visione dei procedimenti disciplinari con ricorso in CCEPS: dott. XXX

Si prende visione della posta indirizzata alla CAO.

Si prende visione della comunicazione da parte della FNOMCeO sulla certificazione di malattia da parte degli odontoiatri liberi professionisti. Si valuta la opportunità di informare tutti gli iscritti sulle corrette modalità di invio della certificazione telematica.

Si procede con la nomina della dott.ssa Michela Perina come segretario CAO.

Comunicazioni del Presidente:

- Il Presidente informa che è confermato l'incarico al dott. Andrea Marchetti a far parte della Commissione d'esame del corso ASO della Società Agorà;
- Il Presidente informa che è confermato l'incarico alla dott.ssa Michela Perina a far parte della Commissione d'esame del corso ASOP presso la scuola di formazione ENAIP Veneto;
- Il Presidente informa i componenti della convocazione per l'assemblea elettorale della FNOMCeO per il quadriennio 2025/2028;
- Il Presidente coordina il dibattito

sulle problematiche segnalate da alcuni iscritti in merito alle autorizzazioni sanitarie e vengono valutate alcune proposte suggerite dai membri della Commissione,

La seduta termina alle ore 22.00

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 19 FEBBRAIO 2025

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

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

Comunicazioni del Presidente:

- Il Presidente informa i presenti di essere stato invitato al Convegno Culturale Andi Veneto che si terrà il 29 marzo prossimo. Il Presidente conferma che sarà presente.
- Il Presidente informa che è pervenuta da parte della FNOMCeO la conferma dei componenti della Commissione esaminatrice per l'Esame di Stato in Odontoiatria per l'anno 2025. Sono quindi confermati: il dott. Luca Buono e il dott. Andrea Marchetti come componenti effettivi e la dott.ssa Michela Perina e il dott. Marco Zanetti come componenti supplenti.
- Il Presidente informa che l'Ordine di Reggio Emilia ha organizzato un convegno sul tema dei decreti attuativi della legge Gelli-Bianco e sulla Pubblicità Sanitaria e Direzione Sanitaria. Il Presidente e la dott.ssa Perina parteciperanno; il Presidente invita anche gli altri membri CAO a partecipare, essendo gli argomenti di sicuro interesse.
- Il Presidente informa i presenti sul-

la possibilità di tenere delle lezioni presso l'Università per gli studenti iscritti al 6° anno di odontoiatria. Verranno presi contatti con il Prof. Albanese per definire gli aspetti organizzativi

- Commissione Pareri di Congruità: la Cao approva che detta Commissione sia composta da tutti i membri CAO.
- Prende la parola la dott.ssa Perina e riferisce di aver avuto un colloquio con il tesoriere dell'Ordine per capire la disponibilità economica per organizzare degli eventi di aggiornamento. Si apre ampio dibattito e vengono sviluppate idee e progetti. La dott.ssa Perina contatterà il dott. Francesco Orcalli, referente per la commissione Sviluppo Professionale Continuo e Cultura Luciano Vettore, e riferirà alla prossima CAO sugli esiti del colloquio.
- La dott.ssa Perina informa i presenti di essere stata contattata dal dott. Giorgio Carrara, referente della Commissione Rapporti con la Libera Professione, per fare parte di tale Commissione. La CAO approva.

Pubblicità Sanitaria:

- Dott. YYY – La CAO esprime parere favorevole alla richiesta del dott. YYY a pubblicare una locandina da inserire in un giornalino di un paese per la festa del Santo Patrono.
- Studio dentistico XXX – viene presa visione delle richieste presentate dal dott. YYY, Direttore Sanitario della Struttura. La CAO ritiene che la dizione "il tuo dentista a Mozzecane" non possa essere utilizzata in quanto potrebbe essere suggestiva e fuorviante per il cittadino in quanto il nominativo "XXX" è riferito a soggetto non Odontoiatra.

Relazioni istruttorie:

- Dott. KKK - il Presidente riferisce

ai presenti sul caso riferito al dott. KKK, aperto dalla CAO precedente ma non concluso. Il dott. KKK era stato segnalato dal Legale del paziente sig. ZZZ in quanto, nonostante la richiesta, il dott. KKK non aveva fornito la cartella clinica e gli esami strumentali richiesti del paziente. Il Presidente nel mese di gennaio ha contattato personalmente il legale del sig. ZZZ e gli è stato riferito che è in corso una trattativa di conciliazione per addivenire ad un accordo tra le parti. Il legale del paziente verrà nuovamente contattato per sapere se ci siano degli aggiornamenti.

- Dott. YYY – il Presidente informa i presenti che è pervenuta una segnalazione nei confronti del dott. YYY. Nella segnalazione la signora VVV, per il tramite del suo legale avv. P. M., lamenta il fatto che lo studio dentistico, ove la signora era in cura, ha chiuso improvvisamente l'attività senza dare alcuna informazione alla paziente e, alla richiesta di consegnare tutta la documentazione clinica in suo possesso, il legale del dott. YYY rispondeva consegnando solamente una fattura e nessun altro documento (consenso informato, radiografie e cartella clinica). Viene deliberato di convocare il dott. YYY innanzi il Vice Presidente.
- Studio dentistico AAA – il Presidente informa i presenti che è pervenuta una segnalazione da parte della dott.ssa BBB (iscritta all'Albo Medici di Verona), la quale lamenta dei problemi riferiti alle cure che le sono state prestate dai colleghi odontoiatri operanti nello studio, dott. XXX, dott. KKK e dott. YYY (quest'ultimo anche direttore sanitario dello studio in questione). Viene deliberato di scrivere all'esponente per produrre altra eventuale documentazione e di convocare i sanitari oggetto dell'esposto.

**VERBALE COMMISSIONE
ALBO ODONTOIATRI
DEL 12 MARZO 2025**

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

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

Comunicazioni del Presidente:

- Il Presidente informa i presenti che è pervenuta una circolare da parte della FNOMCeO riguardante la richiesta di intervento presso il Ministero della Salute per l'applicazione dell'art. 15-ter del D.L. n. 34 del 30 marzo 2023 convertito dalla legge n. 56 del 26/05/2023 recante le disposizioni in materia di accesso ai concorsi pubblici per dirigente medico odontoiatra e alle funzioni di specialista odontoiatra ambulatoriale del Servizio Sanitario Nazionale. Essendo la materia di forte interesse per la professione, sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine.
- Il Presidente informa i presenti di aver partecipato alla riunione indetta dalla CAO di Venezia lo scorso 6 marzo. Tra gli argomenti trattati è stata discussa la possibilità della ricostituzione della Federazione Regionale. Il coordinatore regionale sarà il Presidente CAO di Padova dott. Marco De Berardinis e il Segretario sarà il Presidente CAO di Vicenza, dott. Michele Saggin.
- Il Presidente informa che è pervenuta una richiesta da parte dell'Avvocato Alessandra Bisighini la quale richiede il nominativo di un Odontoiatra disponibile a recarsi presso la casa circondariale per una visita ed eventuali prestazioni ad un detenuto. Il nominativo individuato è quello del collega dott. XXX che verrà messo in contatto con l'avvocato richiedente.
- Richiesta parere di congruità Prof. KKK: Il Presidente informa i presenti che è pervenuta una richiesta di parere di congruità in data 31/01/2025 da parte del Prof. KKK per cure prestate al Sig. YYY nel periodo compreso fra il 17/12/2021 e il 27/08/2024.

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. n. 200819708405 ns. prot. N. 613 del 31/01/2025, 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. YYY provveduto a rispondere a quanto comunicatogli, questa CAO, nella seduta del 12/03/2025, presa visione della richiesta del Prof. KKK e considerando congrui gli importi contestati dal paziente sig. YYY, delibera di approvare la richiesta del Prof. KKK e di darne comunicazione allo stesso.

Pareri pubblicità sanitaria:

1. dott. ZZZ: il dott. ZZZ invia richiesta di parere in data 25/02/2025. La CAO esprime parere favorevole all'apposizione di un cartello indicante il nome ed il recapito telefonico dello studio da apporsi sul balcone dell'edificio sede dello studio stesso. La CAO ritiene che la distribuzione di materiale informativo ai passanti (volantinaggio), pur essendo autorizzabile, non sia una forma divulgativa deontologicamente corretta. Si esprime parere favorevole alla condizione che i contenuti distribuiti rispettino le linee guida riferite all'informazione sanitaria.
2. Ambulatori Odontoiatrici XXX: La CAO prende in esame le richieste presentate dal Direttore Sanitario della struttura dott. YYY riferita ai mesi di febbraio, marzo e aprile. La CAO esprime parere negativo all'uso delle parole "dentista" o "studio dentistico", associato alla parola "XXX" in quanto XXX è riferito a soggetto non Odontoiatra.

Relazioni istruttorie

1. Dott. YYY: il dott. Buono ripercorre il caso riferito al sanitario e informa di aver avuto il colloquio con lo stesso in data 05 marzo scorso. Viene data lettura del verbale di audizione e la CAO si

riserva di contattare l'esponente per sapere se la documentazione richiesta è stata consegnata dal dott. YYY

2. Dott. KKK: il Presidente informa i presenti sull'esito del colloquio avuto con il sanitario in data odierna e da lettura del verbale di audizione. La CAO dopo ampio dibattito, non rilevando dall'esposizione dei fatti e dalla documentazione presentata, alcuna violazione deontologica delibera il non luogo a procedere nei confronti del Sanitario e delibera di darne comunicazione all'esponente dott.ssa HHH.

VERBALE COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DEL 9 APRILE 2025

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

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

Comunicazioni del Presidente:

- Elezioni ENPAM: il Presidente informa i presenti che il giorno 29 maggio prossimo si terranno le elezioni ENPAM per il quadriennio 2025-2029 e spiega il programma

di massima.

- Il Presidente informa di aver partecipato al Congresso Culturale a Mestre organizzato da ANDI Veneto.
- Il Presidente informa di aver inviato al Prof. Albanese le date con le presenze alle lezioni di Avvio alla Professione.

Relazioni istruttorie:

- Dott. YYY: viene ripercorso il caso e il Presidente riferirà gli esiti del caso non appena ci saranno sviluppi.
- Calendario riunioni CAO: viene delineato un calendario di massima che, per ovvie ragioni di utilità, sarà coordinato con le riunioni di Consiglio dell'Ordine.



Come stanno i Medici Dipendenti? Quale sarà il loro futuro?

FEMS CI PROPONE UN QUESTIONARIO PER RILEVARLO.

Gentile Collega,

Ti contattiamo per invitarti a partecipare al progetto FEMS "SHAPING THE FUTURE OF DOCTORS' HEALTH – better working conditions for a healthier profession", sviluppato dalla European Federation of Salaried Doctors (FEMS) in collaborazione con l'Università Politecnica delle Marche.

FEMS è un'organizzazione medica europea che **rappresenta i medici dipendenti, pubblici e privati, in tutta Europa**. Questo questionario si propone di **indagare gli effetti del lavoro medico** e dell'attuale organizzazione dei sistemi sanitari **sulla salute fisica dei suoi professionisti**. Comprendere le condizioni di salute

potenzialmente compromesse, il diverso impatto tra le varie specialità e l'influenza del carico di lavoro/orario sulle condizioni fisiche dei medici sarà fondamentale per:

- Definire l'equivalente a tempo pieno (FTE) dei medici;
- Ottenere dati a supporto del riconoscimento legislativo della natura usurante della professione medica;
- Raccogliere elementi utili a migliorare l'organizzazione del lavoro;
- Individuare strategie di tutela dei professionisti e di ottimizzazione dell'organizzazione interna agli ospedali.

Il nostro obiettivo è contribuire alla

creazione di sistemi sanitari resilienti in Europa, a beneficio sia dei medici sia dei pazienti.

Il questionario è anonimo e richiede pochi minuti per essere compilato. Questo il Link per partecipare al questionario:

<https://surveyfems.econ.univpm.it/>

Aiutaci ad aiutarci: condividi questo sondaggio con i tuoi colleghi, perché ogni risposta conta per disegnare il futuro della nostra professione!

Per qualsiasi domanda, non esitare a contattarci all'indirizzo info@fems.net. Cordiali saluti, e grazie della tua collaborazione.

LA PRESIDENTE FEMS (FEDERAZIONE
EUROPEA DEI MEDICI DIPENDENTI)
DR.SSA ALESSANDRA SPEDICATO

Sprechi in sanità

V.L. è un ospite della casa di Riposo, XX è l'infermiera che cura il "collegamento" con la farmacia ospedaliera che fornisce i farmaci necessari alla Casa di Riposo.

Orbene:

V.L., oltre che alle altre patologie, è demente e non è più in grado di accudire a sé stesso. Vedovo da vari anni, non ha figli e fino a gennaio u.s. viveva da solo in una casa di proprietà. A gennaio, un amico che gli abita vicino l'ha trovato incosciente a terra ed ha chiamato il 118.

Al P.S. gli hanno riscontrato una polmonite ed una insufficienza respiratoria per cui l'hanno ricoverato in Ge-

riatria e dopo un paio di settimane di degenza, dal momento che non era più autosufficiente, l'hanno trasferito in Casa di Riposo.

Tra le varie patologie V.L. è affetto, anche, da Glaucoma e per questo, assume, oltre ai soliti, anche un collirio particolare che gli è stato prescritto dall'oculista l'anno scorso.

Oggi XX, mi ha girato una e-mail in cui la farmacia dell'ospedale (che dovrebbe fornirgli questo secondo collirio) ci scrive: "come anticipato al telefono chiedo cortesemente di fornire una relazione dettagliata sull'andamento clinico del caso prevista per i medicinali acquistati fuori prontua-

rio ed eventualmente, se disponibile, nuova documentazione specialistica di controllo".

Interrogata in merito XX mi ha spiegato che per fornire a V.L. quel collirio la farmacia vuole una valutazione oculistica ed una nuova prescrizione.

Ora V.L. non è in grado di camminare, se ne sta seduto tutto il giorno in sedia a rotelle, ha scarsissima capacità comunicativa, non collabora alla visita quando devo visitarlo. Come potrà mai collaborare alla visita oculistica che mi chiede la farmacia?

Cosa mai penserà di me l'oculista quando se lo troverà davanti con la mia prescrizione di visita?

Così ho pensato bene di inviarlo con due righe in cui spiego che la visita non serve a me, e forse neanche al paziente, ma alla farmacia dell'ospedale.

Ma ho fatto anche due conti:

- Una confezione di quel particolare collirio costa € 12.64
- Un flacone contiene 2.5 ml di collirio

- V.L. ne consuma due gocce al giorno (0.1 ml al giorno)
- Un flacone assicura, quindi, 25 giorni di cura.
- Trasportare V.L. all'ospedale per la sua visita oculistica costerà (a spanne) € 150,00 (senza contare il costo mio e quello del collega oculista).
- Trasportare V.L. a quella visita

costerà quindi quanto 1,5 anni di cura.

Quando parlano di sprechi in sanità.....!

Perché misurano solo quelli nostri e non quelli indotti dai farmacisti....?

ROBERTO MORA

Astensione dell'Italia alla votazione sul piano pandemico mondiale dell'OMS

Egregio direttore,

mi domando se i nostri concittadini e le nostre concittadine siano al corrente del significato dell'atteggiamento astensionistico dell'Italia in occasione del voto alla riunione dell'OMS sulla approvazione dell'istituzione di un piano pandemico mondiale, un piano che tre anni fa proprio l'Italia aveva contribuito a proporre.

L'atteggiamento sconsiderato, per usare un eufemismo, della delegazione italiana, ovvero l'astensione al momento della votazione in aula, rappresenta una vera cambiale che il governo italiano ha pagato all'elettorato no vax.

Tale atteggiamento, basato su decisioni politiche, e non su considerazioni scientifiche, si configura al tempo stesso come un oltraggio alla memoria delle centinaia di medici e infermieri che persero la vita in servizio durante il Covid.

Come disse Papa Francesco sotto la pioggia in piazza San Pietro, "siamo tutti sulla stessa barca". Ecco, mi pare che anche di questo i nostri governanti si siano già dimenticati. L'Italia preferisce invece stare su una barchetta in compagnia di Russia, Iran, Israele, Romania, Polonia ed altri pochi, "illuminati" Paesi.

L'atteggiamento italiano a Ginevra è

stato gravissimo, e rischia di avere potenziali conseguenze deleterie per il nostro Paese; temo che gli eventi concomitanti, i vari venti di guerra, i difficili tentativi di far cessare il fuoco, lo abbiano fatto passare in secondo piano, e non dovrebbe essere così.

Non solo perché ci isola dalla comunità scientifica internazionale, ma anche perché ci fa dimenticare i tanti nostri concittadini e concittadine morti durante il Covid anche a causa della assenza di un adeguato piano pandemico e della mancata sincronizzazione fra le politiche sanitarie delle nazioni, anche europee (si pensi solo alle diverse politiche sanitarie a suo tempo adottate da Italia, Gran Bretagna, Svizzera, Svezia).

La ringrazio per l'attenzione e invio un cordiale saluto

CARLO RUGIU

Caro Carlo, ti ringrazio di aver voluto richiamare la nostra attenzione sulla gravità dell'astensione italiana al voto per l'approvazione all'OMS del piano pandemico mondiale.

Una decisione che, come giustamente ci segnali, ha tutte le caratteristiche di una "cambiale" pagata al popolo No-Vax, ma che pone anche l'Italia nell'area dei governi ostaggio delle posizioni di un Presidente che ha de-

ciso di ritirare gli Stati Uniti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, sostenendo che questa sarebbe troppo accomodante nei confronti della Cina. Che ha dimostrato, anche in passato, posizioni diffidenti nei confronti della scienza al punto di sminuire, durante la pandemia Covid-19, il pericolo del virus suggerendo di combatterlo con iniezioni di disinfettanti.

Diffidenza che si sta manifestando ultimamente anche nei confronti di suoi famosi atenei universitari a tutto discapito dell'universalità ed imparzialità della ricerca e della conoscenza.

Val la pena ricordare ai lettori che fu proprio l'Italia assieme ad altri paesi, a proporre all'OMS, all'indomani del dramma pandemico Covid che ci aveva colpiti, una revisione del piano pandemico mondiale. Che fu proprio allora che si sostenne la necessità che quello nostro nazionale venisse rivisto con cedenza regolare (cosa che non sta accadendo. Quello attuale è scaduto e quello nuovo deve ancora arrivare).

Ma i nostri, sono spesso governi che soffrono di amnesia.

Ed a pagarne le spese poi siamo chiamato un po' tutti, ma in casi come questo per primo i malati e chi li deve curare.

ROBERTO MORA

Alcune considerazioni sulla morte volontaria medicalmente assistita

LA SITUAZIONE GIURIDICA

Viene definito “Morte medicalmente assistita” l'intervento medico e/o amministrativo che viene prestato ad un soggetto che ha deciso di suicidarsi.

Questo tipo di intervento è considerato illegale nel nostro Paese che lo sanziona in due articoli del Codice Penale: articolo 579 (Omicidio del consenziente) o articolo 580 (Istigazione o aiuto al suicidio).

La situazione di altri paesi europei è differente ed è in continua evoluzione; al momento attuale, alcuni paesi vedono una legislazione simile alla nostra, altri (la Svizzera, l'Austria, l'Olanda, la Spagna, il Portogallo) hanno legiferato in modo diverso ammettendo, a determinate condizioni, il suicidio assistito.

La situazione italiana si presenta particolare dato che il Parlamento non ha mai iniziato la discussione dei diversi disegni di legge depositati su questo argomento (disegni di legge nn. 65, 104, 124, 570 e 1083 su Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita) <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01411527.pdf>.

Gli interventi della Corte Costituzionale

Nel frattempo, la Corte costituzionale, chiamata a decidere su alcuni casi specifici di suicidio assistito⁽¹⁾ ha evidenziato, con l'ordinanza n. 207 del 23 ottobre 2018, un'area di non conformità costituzionale nell'assoggettare dei casi di suicidio medicalmente assistito al delitto di istigazione o aiuto al suicidio se ricorrano quattro condizioni specifiche: l'aspirante suicida «si identifichi in una persona (a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte

di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, che sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

Con l'ordinanza citata la Corte ha disposto il rinvio del giudizio di costituzionalità dell'art. 580 c.p. a data fissa (24 settembre 2019), per dare al legislatore la possibilità di intervenire con una apposita disciplina «che regoli la materia in conformità alle segnalate esigenze di tutela».

Trascorsa inutilmente la data fissata, la Corte, “in assenza di ogni determinazione da parte del Parlamento”, con la sentenza n. 242 del 2019, ha dichiarato costituzionalmente illegittimo, per violazione degli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, l'articolo 580 c.p., nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dalla legge n. 219 del 2017 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente.

Con una successiva sentenza (la n. 135 del 2024) la Corte costituzionale ha confermato quanto già stabilito nella sua precedente sentenza n. 242 del 2019, precisando i requisiti che

consentono di sottrarre alla punibilità coloro che agevolano il proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di malati affetti da patologia irreversibile e intollerabilmente sofferenti.

Il Presidente della Corte costituzionale, nella sua relazione del 18 marzo 2024, ha sollecitato ancora una volta “un intervento del legislatore che dia seguito alla sentenza n. 242 del 2019 (il cosiddetto caso Cappato), sul fine vita”, rilevando come il silenzio del legislatore stia portando a “numerose supplenze delle assemblee regionali”. In riferimento alle iniziative regionali in materia di fine vita, l'Avvocato generale dello Stato, in un parere reso su richiesta del Consiglio regionale del Veneto, ha formulato rilievi di non conformità al quadro costituzionale di riparto delle competenze legislative tra Stato e Regioni.

Osservazioni sulla situazione giuridica

Sono, quindi, trascorsi ben otto anni dalla richiesta della Corte Costituzionale al Parlamento di legiferare in merito.

Il perdurare di questa abdicazione al proprio specifico compito di deliberare una legge in merito costituisce un vulnus profondo al principio costituzionale della separazione delle competenze. Il Parlamento, in pratica, lascia che sia la Corte Costituzionale a svolgere un compito che non le compete. Questo atteggiamento ha, come facilmente prevedibile, aperto il varco alla decisione di alcune regioni di colmare questo vuoto con scelte che generano ulteriori elementi di difformità nel nostro logorato Servizio Sanitario Nazionale.

(1) Marco Cappato attivista e tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni, ha accompagnato alcune persone a morire in una clinica in Svizzera. Dopo di che, si è autodenunciato alla magistratura che ha richiesto una valutazione di costituzionalità delle norme penali previste alla Corte Costituzionale.

Le condizioni per operare una vera scelta

È ormai ampia la convinzione che solo il paziente può decidere di sé stesso. Quelli fra noi che si sono laureati 50 anni fa ricordano bene che questa assunzione non è sempre stata un dato di fatto e che la situazione attuale è frutto di un cambiamento culturale e normativo che è un passo in avanti di civiltà per il Paese e per la professione medica.

Quest'evoluzione si è, ora, sviluppato fino alla sua estrema (in tutti i sensi) conseguenza dato che come ricordava Stuart Mill: *"Su sé stesso, sulla sua mente, e sul suo corpo l'individuo è sovrano"*.⁽²⁾

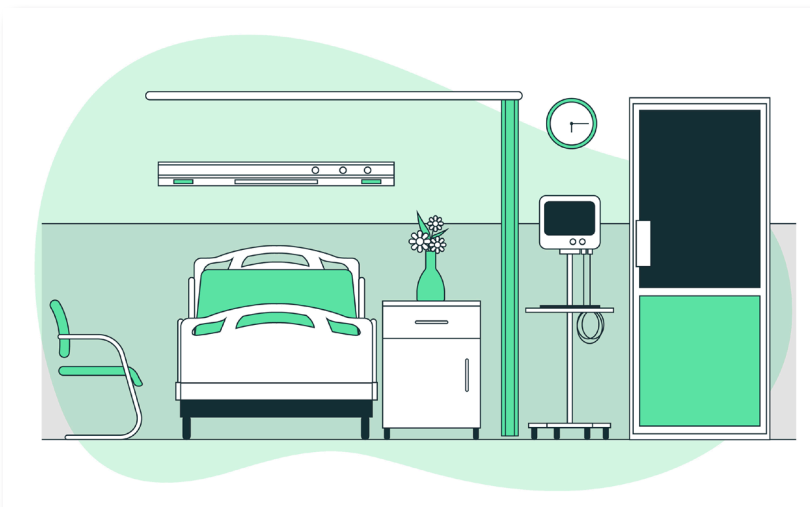
Una libera scelta del paziente, per essere tale, deve vedere la presenza non solo dei quattro requisiti indicati dalla Corte Costituzionale; deve sussistere un ulteriore prerequisito, credo il più importante, e cioè che la scelta del paziente giunga alla conclusione di un percorso che gli abbia permesso di usufruire di ogni ragionevole supporto assistenziale idoneo a fronteggiare la sua situazione clinica.

In assenza di valide alternative tecniche (un'efficace terapia del dolore) e di assistenza (l'assistenza a domicilio e la possibilità di ricovero in Hospice) la scelta del paziente di ricorrere al suicidio assistito non è più l'espressione della sua libertà individuale ma l'unica via di fuga, per sé e per i suoi familiari, che gli si apre davanti.

L'ormai lunga esperienza dei nostri Hospice di Cologna Veneta e Marzana dimostra che i pazienti (la mia esperienza è, però, limitata ai soli pazienti oncologici) terminali ben assistiti non chiedono di essere aiutati a suicidarsi.

La normativa e la situazione reale

La dotazione standard di unità di cure palliative e di Hospice è definita, a livello nazionale, dal DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento re-



cante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) (GU n.144 del 22-6-2022) che prevede la presenza di una unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-DOM) ogni 100.000 abitanti ed un Hospice, da 8-10 posti letto ogni 100.000 abitanti.⁽³⁾

L'Azienda ULSS 9 Scaligera, come definito dalla L.R. 19/2016, opera su un territorio che coincide con l'ambito territoriale della intera provincia di Verona, e assicura servizi e assistenza sociosanitaria ad una popolazione, al 1/1/2016, di **922.368** residenti, distribuita in 98 comuni e raggruppata in quattro Distretti Socio Sanitari.

- Ne consegue che la dotazione prevista, per tale popolazione, è di 9 hospice con una dotazione di **72\90 posti letto**.

L'allegato A del DGR n. 1107 del 06 agosto 2020 fornisce un quadro degli hospice previsti dalla programmazione regionale veneta che, per la ASL 9, comprende un totale di **61** posti letto (**20** a gestione diretta pubblica: Marzana con 14 p.l. e Bovolone con 6 p.l. e **41** in strutture private accreditate: C.C. Pederzoli a Castelnuovo del

Garda con 10 p.l.; Ipab Cardo a Cologna Veneta con 7 p.l.; IRCSS Sacro Cuore Don Calabria a Negrar con 10 p.l. e IPAB Istituto Assistenza Anziani di Verona con 14 p.l.

In realtà l'Hospice di Negrar pur essendo stato inaugurato il 6 novembre 2024, con grande copertura mediatica⁽⁴⁾ non è ancora stato attivato; condivide la stessa sorte l'Hospice dell'IPAB di Verona pronto e certificato da tempo.

In altri termini 24 dei p.l. previsti non sono attivi e così la disponibilità effettiva è di soli 37 letti. Questo spiega perché diversi pazienti terminali della zona non riescano ad usufruire di questo servizio che, come noto, a differenza di altre prestazioni sanitarie non è, "tecnicamente", differibile.

- Per quanto riguarda le unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-DOM) previste ogni 100.000 abitanti, la situazione nella ASL 9 ha attivato una Unità complessa di cure palliative con quattro nuclei territoriali di cure palliative territoriali (Distretto 1 (Verona Città); Distretto 2 (Est Veronese); Distretto 3 (Legnago-Bovolone); – Distretto 4 (Villafranca-Bussolengo) a

(2) John Stuart Mill (1806-1873), *Saggio sulla libertà*, Ed. Il saggiatore, 2002. Pag. 13.

(3) https://www.gazzettaufficiale.it/atto/vediMenuHTML?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2022-06-22&atto.codiceRedazionale=22G00085&tipoSerie=serie_generale&tipoVigenza=originario

(4) "A tagliare il nastro c'è il presidente della Regione, Luca Zaia. Tra le autorità anche il prefetto di Verona Demetrio Martino, il direttore generale dell'Ulss 9 Patrizia Benini, il sindaco di Negrar di Valpolicella Fausto Rossignoli, i comandanti provinciali dei carabinieri e della guardia di finanza, colonnelli Francesco Novi e Italo Savarese".

<https://www.larena.it/territorio-veronese/valpolicella/hospice-don-pedrollo-negrar-sacro-cuore->

cui si aggiungono i nuclei dei tre Hospice attivati finora.⁽⁵⁾

Il ruolo della supplenza delle RSA

L'Intesa Stato Regione del 25 Luglio 2012 afferma che le RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) devono garantire le cure palliative ai propri ospiti anche avvalendosi delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPDOM) competenti.

In pratica le ex RSA, attuali Centri Servizi Anziani (CSA), sono componenti fondamentali della rete di cure palliative e su loro ricade, nella concreta realtà assistenziale, il ruolo di assorbire ed assistere la crescente quota di pazienti che non riesce ad essere ricoverata negli Hospice.

Questa azione ha il pregio di non lasciare abbandonati i pazienti terminali ma costringe i colleghi che operano in queste strutture a gestire condizio-

ni di lavoro difficili, con disponibilità tecniche e di personale non ottimali. Costringe i pazienti a terminare i loro ultimi giorni vita in ambienti di ricovero meno idonei di quelli degli Hospice e costringe i parenti al versamento di una quota sanitaria che non è dovuta per chi è ricoverato in Hospice.

È una situazione di grave erosione degli obblighi che il Servizio Sanitario Regionale ha verso i suoi assistiti e credo che tutto ciò vada denunciato con forza dalla nostra professione.

Il codice deontologico medico

In questa situazione confusa, va ricordato che il nostro Codice di Deontologia Medica, nella sua formulazione del 2014, prevede, all'art. 17, che *"Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocare la morte"*.

È, quindi, urgente e necessario che si apra anche all'interno degli Ordini una

ampia ed approfondita discussione su qual è il ruolo che il medico è chiamato ad assumere su questo aspetto cruciale della sua opera di assistenza. Va ribadito che altra cosa è assistere fino all'ultimo un paziente inducendolo, infine, uno stato farmacologico di sedazione profonda, altra somministrargli un farmaco mortale.

MASSIMO VALSECCHI

(5) Home > Archivio News > LE CURE PALLIATIVE DELL'ULSS 9 NELLA GIONATA NAZIONALE DEL SOLLIEVO

SERVIZI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI DI VERONA

OFFERTI AGLI ISCRITTI

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

CONSULENZA MEDICO LEGALE (Dott.ssa Federica BORTOLOTTI)

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

CONSULENZA E.N.P.A.M. (Segreteria OMCeO VR - 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.

Scudo penale e responsabilità civile. Le proposte della Commissione ministeriale incaricata a rivedere la legge Gelli Bianco.

Presso il Ministero di Grazia e Giustizia, una Commissione sta lavorando sulla base del quadro normativo e della giurisprudenza alla revisione della Legge sulla responsabilità professionale medica, (Legge 24/2017, meglio nota come Legge Gelli Bianco) col compito di analizzarne le criticità emerse dopo la sua entrata in vigore e proporre correzioni. Ecco le proposte di cambiamento suggerite.

L'art. 590 sexies c.p. della Legge, che regola la Responsabilità penale degli esercenti la professione sanitaria, prevede una **esimente alla punibilità del sanitario**, quand'anche risultati accertato un suo errore, quando il danno o nella peggiore delle ipotesi la morte sia **riconducibile a imperizia** (non grave). Questo nella ipotesi che il sanitario si sia attenuto alle linee guida o, in mancanza di queste, alle buone pratiche clinico assistenziali, pubblicate sul sito del SNLG. Secondo la Commissione il riferimento all'articolo in esame e alle linee guida risulta insufficiente.

Le linee guida infatti sono strumenti di per sé difficili da costruire e soprattutto da aggiornare, dal momento che un tale processo richiede procedure e tempi non brevi per cui vi è il rischio di obsolescenza. A rendere ancor più difficile l'attuazione della norma, la scelta del Legislatore di restringere il campo di applicazione dell'esone del sanitario alle linee guida c.d. bollinate, ossia a quelle che risultino pubblicate sul sito del SNLG dopo che queste siano state emanate da società scientifiche o da associazioni tecnico scientifiche accreditate pres-

so l'ISS.

Per queste ragioni, la Commissione ha proposto di inserire, oltre alle linee guida e alle buone pratiche clinico assistenziali, **un riferimento ulteriore (anche) alle "altre scelte diagnostiche e terapeutiche"**, ossia ai possibili indirizzi di diagnosi e cura adeguati alle specificità del caso concreto, in relazione alla realtà dinamica della singola struttura sanitaria e del singolo intervento del professionista. È stata inoltre proposta l'eliminazione del riferimento alla sola colpa per 'imperizia' per poter **estendere la previsione dell'articolo alla copertura anche dei casi di imprudenza e negligenza**. In quest'ottica, il sanitario risponderebbe solo per colpa grave, qualora dimostri di aver adottato scelte diagnostiche e terapeutiche adeguate al caso concreto.

Inserimento di un nuovo articolo, il 590 septies c.p., allo scopo di definire meglio e in maniera autonoma i presupposti e i parametri per la valutazione della cosiddetta colpa grave.

Oltre alla modifica dell'articolo vigente, è stato previsto l'inserimento di un nuovo articolo del Codice penale, **l'articolo 590 septies**, che definisce il **perimetro** e la **rilevanza** dell'errore del sanitario ai fini dell'applicazione o meno della pena.

Tale articolo opera quindi, nel caso di mancata o inadeguata osservanza degli indirizzi di diagnosi e cura, ossia nel caso in cui si configuri effettivamente l'elemento oggettivo del reato, stabilendo i limiti della responsabilità del sanitario dal punto di vista soggettivo-psicologico ossia della

"colpa".

Nel perimetro delle predette violazioni, la Commissione propone che l'esercente l'attività sanitaria, **nelle situazioni di speciale difficoltà**, risponda solo delle violazioni commesse per "colpa grave", da intendersi come **'colpa per errore grave'**. Questo perché, nel caso di attività di speciale difficoltà, l'errore non-grave risulterebbe "scusabile", poiché a una maggiore difficoltà dell'attività corrisponde a una maggiore scusabilità dell'errore.

In questo senso, la formula della "colpa grave" utilizzata dalla Commissione non definisce solo il grado della colpa, bensì anche la "soglia di rilevanza" dell'errore che, solo se validata, costituisce colpa dell'esercente l'attività sanitaria. **La 'colpa' risulta perciò integrata solo in caso di gravità dell'errore.**

Oltre a queste modifiche sostanziali, si è pensato di introdurre anche delle modifiche a livello procedurale.

Nuovo art. 411 bis del codice di procedura penale

A livello procedurale, la Commissione ha formulato un **nuovo articolo da inserire nel codice di procedura penale**, l'art. 411 bis, **con l'intento di evitare accuse temerarie** nei confronti dei sanitari da parte dei pazienti, **ai soli fini di lucro**, preservando, nel contempo, la tutela della persona offesa in tutti i suoi diritti, tra cui quello di difesa (art. 24 Cost.), nel pieno rispetto del contraddittorio.

Lo scopo della norma è dunque quello di accelerare le pronunce liberatorie, promuovendo archiviazioni rapide in caso di denunce o querele prete-

stuose per reati insussistenti in ambito sanitario.

Molte delle denunce e delle querele proposte contro i sanitari sono infatti infondate o comunque mosse da intenti meramente risarcitori. Questo però, oltre ad appesantire l'attività giudiziaria, in sede penale, genera tensione nei sanitari indagati, con ricadute negative anche sui pazienti proprio in ragione della ridotta serenità con cui il sanitario si trova ad esercitare la propria attività. Basti immaginare quali ricadute possa avere un avviso di garanzia, magari per omicidio colposo, sull'operato quotidiano di un medico, soprattutto quando i tempi di risposta degli organi giudiziari siano estremamente lunghi.

Per questi motivi, nel progetto dell'articolo in esame, vengono proposti **meccanismi di filtro nella selezione delle denunce o querele 'manifestamente infondate'**, che permettano un'archiviazione celere, mantenendo comunque salvo il pieno contraddittorio.

A tal fine, ricollegandosi a quanto previsto dagli artt. 590 sexies e 590 septies c.p. sopra richiamati, nel valutare la fondatezza delle denunce e delle querele, il Pubblico Ministero dovrà tener conto "della cartella clinica e di altra documentazione sanitaria che dimostri la conformità dell'attività contestata agli indirizzi di diagnosi e cura adeguati alle specificità del caso concreto", provvedendo alla richiesta di archiviazione nel caso di denunce o querele prive di fondamento.

A corollario, la Commissione propone anche l'applicazione di una **sanzione civilistica**, in sede di eventuale archiviazione, **a carico del denunciante** o querelante per la c.d. **notizia di reato temeraria**, definita sulla base di presupposti rigorosi che escludono quindi un'arbitraria compressione delle facoltà di denuncia e querela da parte della persona offesa, a cui viene comunque garantita la facoltà di opporre reclamo.

Integrazione dell'art. 221 c.p.p e nuovo art. 73 bis delle norme di attuazione – in tema di periti e consulenti

Per un corretto accertamento della responsabilità penale in ambito sanitario, la Commissione si è poi oc-

cupata **della disciplina delle perizie e delle consulenze tecniche**, che, come noto, ricoprono un ruolo decisivo nel definire l'eventuale responsabilità penale del sanitario specie quando i tecnici incaricati di tale compito dimostrino problemi di (in)competenza tecnico-scientifica, di conflitti di interesse, o nel caso di nomine che non garantiscano un'adeguata rotazione, di ritardi, spesso amplissimi, nella consegna degli elaborati, di dilazioni intollerabili a danno della ragionevole durata dei procedimenti.

Ad ognuno di questi problemi l'articolo della Commissione cerca di dare risposte efficaci.

Per quanto concerne la **competenza tecnico-scientifica**, il progetto prevede un'integrazione dell'art. 221 c.p.p., al fine di **garantire un "impegno formale** da parte del perito circa la correttezza nella sua preliminare attestazione delle caratteristiche del caso concreto, con una attestazione di propri titoli ed esperienza professionali che dimostrino una sua adeguata preparazione ad offrire una consulenza adeguata ai quesiti propostigli dal giudice".

A salvaguardia della correttezza della risposta degli esperti, viene infine proposto anche un **nuovo art. 73 bis delle norme di attuazione**, che prevede non solo il principio di collegialità dell'elaborato peritale, ma che definisce in modo dettagliato e rigoroso i requisiti richiesti per garantire la professionalità degli esperti, prevedendo appositi requisiti per le specialità chirurgiche.

Quanto sopra in relazione alla Responsabilità penale.

Per quanto attiene invece a quella civile (utile quindi a stabilire il diritto ad un rimborso del danno subito dal denunciante) la commissione ha presentato la proposta di alcune modifiche agli art. 5 e 7 della Legge vigente. Anche in questo ambito la Commissione ha cercato di dare risalto alla diligenza del sanitario al rispetto delle Linee Guida pubblicate ai sensi di legge, o, in mancanza di queste, al rispetto di buone pratiche clinico-assistenziali, prevedendo che in questi casi si possa escludere una responsabilità civile sia a carico del sanitario

sia a carico della Struttura Sanitaria nella quale lavora.

L'attuale testo di Legge prevede infatti che il giudice civile valuti il rispetto di tali standard solo in termini di quantificazione e quindi di riduzione del risarcimento.

Per evitare che il rispetto di tali modelli possa comportare un irrigidimento della condotta del medico solo a livello formale e astratto, la Commissione ha voluto dare rilievo all'esigenza e all'adeguatezza della condotta del medico rispetto alla "specificità del caso concreto", anche in ambito civile.

A tal fine si è scelto di valorizzare l'autonomia professionale del medico e, nel contempo, la sua responsabilità nell'adottare scelte diagnostiche e terapeutiche adeguate al caso clinico. Per fare questo la Commissione ha mantenuto il doppio binario già previsto dall'attuale art. 7, ossia di prevedere la responsabilità contrattuale (ex art 1218 e 1228 c.c.) per la Struttura Sanitaria e quella extracontrattuale (ex art 2043 c.c.) per il Sanitario laddove questo però non abbia agito in regime che preveda un suo obbligo contrattuale (ad esempio in libera professione sia intra che extra moenia). In tale ultimo caso la norma prevede che l'onere della prova sia a carico del Sanitario stesso (art 1218 c.c.).

La proposta della Commissione in tal senso sarebbe quella di prevedere che tale onere gravi sul danneggiato che dovrebbe in quindi poter dimostrare che "la specificità del caso concreto avrebbe richiesto una condotta diversa da parte della struttura sanitaria o sociosanitaria o da parte dell'esercente la professione sanitaria".

Infine, nel testo dell'art. 7 proposto dalla Commissione, al comma 6, si ribadisce la regola generale stabilita dall'art. 2236 c.c., secondo la quale, ove la prestazione professionale implichi la **soluzione di problemi tecnici di "speciale difficoltà"**, l'esercente la professione sanitaria risponderà del danno solo in caso di **dolo o colpa grave**.

Tale previsione di attenuazione della responsabilità civile del prestatore d'opera, limitata ai soli casi di imperizia lieve negli anni è stata considerevolmente ridimensionata, sia perché la scienza medica si è notevolmente

evoluto, riducendo le ipotesi di soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, sia perché lo standard di diligenza richiesto al professionista non è quello "normale", bensì quello "qualificato" dello specialista ex art. 1176 c. 2 c.c.

In genere uno specialista deve essere in grado di gestire anche situazioni più complesse.

Per questo, per molto tempo, la giurisprudenza ha abbandonato la distinzione tra interventi di facile o difficile esecuzione e dunque l'applicabilità di tale limitazione di responsabilità, dovrebbe essere riconosciuta solo nei casi:

- che trascendono la preparazione media;
- che non sono ancora completamente studiati dalla scienza medica, perché in sperimentazione o ancora in discussione;
- che sono oggetto di sistemi diagnostici, terapeutici o di tecnica chirurgica diversi e incompatibili tra loro;
- che vengono gestiti in una particolare contingenza, ad esempio, in situazioni di emergenza («situazione intossicata dall'impellenza che, solitamente, rende quasi sempre difficili anche le cose facili», così, Cass. pen. 4391/2011 e Cass. pen. (15258/2020).

Possiamo in sostanza dire che per

valutare la concreta esigibilità della condotta astrattamente doverosa, secondo la giurisprudenza ormai costante, devono prendersi in considerazione le circostanze del caso concreto, ossia:

- la difficoltà dell'intervento o novità tecnico-scientifica
- la contingenza nella quale svolge la propria attività il sanitario: difficoltà con cui ha dovuto confrontarsi e contesto in cui ha operato;
- bilanciamento di fattori: condizioni del soggetto agente e suo grado di specializzazione, situazione ambientale di particolare difficoltà – (la Cassazione parla di attività svolta non «in laboratorio sotto una campana di vetro», ma in una condizione di emergenza-urgenza).

Muovendo da tali principi, la Commissione, ha proposto - al comma 7 - un'elencazione di ipotesi nelle quali si ravvisa la "speciale difficoltà" della prestazione sanitaria.

Queste sono:

- la scarsità delle risorse umane e materiali disponibili;
- la mancanza o la limitatezza di conoscenze scientifiche o di terapie adeguate;
- la severità e la complessità della malattia;
- la presenza di situazioni di rilevante urgenza o emergenza.

Al comma 8, viene inoltre proposta una tipizzazione di casi nei quali la responsabilità dell'esercente la professione sanitaria "si configura per **colpa grave**".

Questa eventualità si realizzerebbe quando il danno subito dal paziente sia derivato:

- a) dalla mancata adozione di comuni cautele;
- b) dalla irragionevole omessa adozione degli indirizzi di diagnosi e cura adeguati alla specificità del caso concreto e di tecniche alternative, comunemente praticate, richieste dalla specificità del caso concreto;
- c) dal fatto che l'esercente della professione sanitaria abbia imprudentemente operato oltre i limiti della propria capacità e competenza tecnica, salvo il caso in cui la prestazione sia stata resa in una situazione di urgenza o emergenza.

Tali disposizioni vengono espressamente indicate come inderogabili.

Dal quadro della proposta emerge quindi nuovamente la volontà di tener conto delle particolari condizioni in cui i sanitari si trovino ad operare, definendo l'area dei comportamenti da loro effettivamente esigibili, al fine di garantire una maggiore serenità nello svolgimento dell'attività medica.

ROBERTO MORA

Novità dal Decreto Milleproroghe

ECM: più tempo per mettersi in regola e scudo penale per tutto il 2025 oltre che estensione delle possibilità di lavoro extra-formazione per i medici del corso di Medicina Generale e per gli specializzandi.

Ecco, di seguito, le principali novità per le professioni sanitarie previste dal Decreto Milleproroghe.

PIÙ TEMPO PER GLI ECM

C'è tempo fino al 31 dicembre 2025

per conseguire tutti i crediti previsti per il periodo 2020-2022. Per i trienni 2014-2016, 2017-2019 e 2020-2022 sarà possibile conseguire la certificazione dell'assolvimento dell'obbligo formativo attraverso crediti compensativi, che devono essere definiti da un provvedimento della Commissione nazionale per la formazione continua.

INCARICHI AI MEDICI ABILITATI

Il decreto ha prorogato per tutto il 2025 la possibilità per le aziende e gli

enti del SSN di conferire incarichi di lavoro autonomo a laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti agli ordini professionali, anche se privi della specializzazione.

PER GLI SPECIALIZZANDI

Il testo dà via libera, anche per il 2025, alle aziende e agli enti del SSN di utilizzare strumenti straordinari per far fronte alle carenze di personale sanitario. Il punto riguarda il conferimento di incarichi di lavoro autonomo o a

tempo determinato a medici specializzandi e di incarichi a tempo determinato a personale delle professioni sanitarie.

SOSTITUZIONI MMG E PEDIATRI

Il testo approvato dal Parlamento mette a regime la possibilità per i laureati in medicina e chirurgia abilitati, anche durante la loro iscrizione ai corsi di specializzazione o ai corsi di formazione in medicina generale, di assumere incarichi provvisori o di sostituzione di medici di medicina generale. I medici iscritti al corso di specializzazione in pediatria, durante il percorso formativo, possono a loro volta assumere incarichi provvisori o di sostituzione di pediatri di libera scelta convenzionati con il SSN.

INCARICHI AI FUTURI MMG

Come già riportato in precedenza, il Milleproroghe mette fine alle incompatibilità tra incarichi e corso di formazione in medicina generale. Per i corsisti è quindi possibile partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali, inclusi quelli provvisori e

di sostituzione, oltre al mantenimento degli incarichi già in essere.

NUOVE STABILIZZAZIONI

Il testo del decreto proroga al 31 dicembre 2025 anche la possibilità di stabilizzazione – mediante stipula di contratti di lavoro dipendente a tempo indeterminato – del personale del ruolo sanitario reclutati a termine da enti e aziende del SSN, compreso il personale non più in servizio. Il termine di fine anno è quindi utile per il conseguimento dei requisiti per la stabilizzazione.

EMERGENZA-URGENZA

Il Milleproroghe interviene anche sul conteggio degli anni di esperienza professionale utili a partecipare ai concorsi per l'accesso alla dirigenza medica del SSN nell'ambito della Medicina d'emergenza-urgenza, anche senza alcun diploma di specializzazione.

In particolare, la disposizione estende al 31 dicembre 2024 (invece che al 30 giugno 2023) il termine del periodo di maturazione, da parte del personale medico, di almeno tre anni di servizio,

come requisito di partecipazione ai concorsi. Tale periodo può anche essere non continuativo, maturato con contratti a tempo determinato, di collaborazione coordinata e continuativa o altre forme di lavoro flessibile.

“SCUDO PENALE” PER TUTTO IL 2025

Il Milleproroghe ha esteso per tutto il 2025 lo “scudo penale” per i medici. Nel particolare, il testo proroga di un anno l'applicazione della disciplina che limita la punibilità per i reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose, nel caso il fatto sia stato commesso nell'esercizio di una professione sanitaria e in situazioni di grave carenza di personale sanitario. Fino al 31 dicembre 2025, chi esercita una professione sanitaria potrà perciò essere chiamato a rispondere per tali fattispecie solo in presenza di colpa grave.

Polizza per i primi 30gg di malattia o infortunio

La polizza “I primi 30 giorni di malattia e le conseguenze economiche di lungo periodo”, in vigore da tanti anni è stata da poco rinnovata. Si tratta di una polizza che copre la perdita economica dei primi trenta giorni di malattia o infortunio (non coperti dall'iscrizione ad ENPAM).

Gli assicurati dalla polizza sono:

- i Medici di Assistenza Primaria a ruolo unico, a ciclo di scelta e ad attività oraria,
- i Medici di Emergenza Sanitaria,
- i Medici Penitenziari,
- i Medici Fiscali INPS,
- i Medici Convenzionati Esterni Componenti Commissioni INPS.

I PRIMI 30 GIORNI DI MALATTIA

Al Medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta che, per malattia e/o per infortunio si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera di servizio ed abbia comunicato tale impossibilità alla competente A.S.L. e quindi, sia stato sostituito da altro/i medico/i, la polizza copre il rimborso dell'effettiva spesa sostenuta dall'Assicurato per il sostituto a presentazione della fattura, oppure della ricevuta fiscalmente valida o qualsiasi altro documento valido atto a dimostrare l'avvenuto pagamento della prestazione, rilasciata dal medico sostituito con

esatta descrizione del servizio di sostituzione reso.

Al Medico di Assistenza Primaria a sola attività oraria, al Medico di Emergenza Sanitaria Territoriale e al Medico Penitenziaria che, per malattia e/o per infortunio extraprofessionale, compreso il rischio “in itinere”, si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera di servizio ed abbia comunicato tale impossibilità alla competente A.S.L. e sia stato sostituito da altro medico, la Società corrisponde un indennizzo pari alle competenze spettanti, ma non percepite, sulla base dei compensi previsti dall'ACN

con il massimo della media delle ore effettuate nei tre mesi precedenti a quello di accadimento del sinistro.

Al **Medico Fiscale INPS** che, per malattia e/o per infortunio si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera di servizio di medicina fiscale ed abbia comunicato tale impossibilità alla sede INPS di competenza, la Società corrisponde un indennizzo pari alle competenze spettanti, ma non percepite sulla base dei compensi previsti all'Art. 21 dell'ACN dei Medici INPS, dell'indennità fissa di reperibilità mensile e dei compensi per le visite mediche di controllo/accessi domiciliari effettuate nei tre mesi precedenti a quello di accadimento del sinistro.

Al **Medico Convenzionato Esterno INPS** che, per malattia e/o per infortunio professionale, si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera di servizio di medicina fiscale ed abbia comunicato tale impossibilità alla sede INPS di competenza, la Società corrisponde un indennizzo pari alle competenze spettanti, ma non percepite, sulla base dei compensi previsti all'Art. 25 dell'ACN dei Medici INPS, con il massimo della media delle ore effettuate nei tre mesi precedenti quelli di accadimento del sinistro.

ESCLUSIONE DALLA GARANZIA

Sono escluse dalla garanzia unicamente le malattie senza ricovero (fatta eccezione per i Gravi Mali e l'infortunio, comunque sempre inclusi in garanzia) che abbiano **colpito** il Medico assicurato, o il figlio minore, **nei quindici giorni immediatamente successivi alla chiusura di ogni precedente periodo di malattia** per il quale sia stato richiesto il rimborso a termini dell'assicurazione. Pertanto, nel caso in cui la malattia o l'infortunio si prolunghi dopo il 30° giorno, si consiglia di non chiudere il sinistro ma di proseguire in quanto a partire dal 31° giorno la copertura viene assicurata dall'ENPAM per un periodo max. di 24 mesi consecutivi o non consecutivi nell'arco di 48 mesi.

NOVITÀ PREVISTE IN POLIZZA RIGUARDANTI L'ALLATTAMENTO, LA MALATTIA DI MINORI, L'INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA

ALLATTAMENTO O ASSISTENZA A NEONATI

In caso di sospensione parziale, nei primi 12 mesi di vita del bambino, ai sensi dell'Art. 22 comma 3 dell'ACN, la Società corrisponde un rimborso dell'effettiva spesa e/o del mancato guadagno fino ad un massimo di € 1.000 per annualità di polizza, per allattamento o assistenza a neonati, senza franchigie o scoperto di polizza.

MALATTIA e/o INFORTUNIO DI MINORE

In caso di malattia e/o infortunio che comporti il ricovero di un figlio/a minore in Istituto di Cura è previsto il rimborso per il sostituto dal primo giorno di ricovero e fino alla dimissione per un massimo di 30 giorni. La garanzia verrà prestata come fosse un sinistro occorso al Medico. In questo caso dovrà essere presentata la lettera di dimissione o qualsiasi altro documento atto a dimostrare l'avvenuto ricovero.

ABORTO NEI PRIMI TRE MESI

È prevista un'indennità dal primo giorno di sostituzione fino al trentesimo in conseguenza di un aborto, nei primi tre mesi di gravidanza, fino alla concorrenza massima di rimborso di euro 3.000,00.

(per l'interruzione di gravidanza dal terzo al sesto mese è l'ENPAM a riconoscere un mese di indennità, mentre per l'interruzione di gravidanza dal sesto mese in poi l'ENPAM riconosce cinque mesi di indennità. Anche la gravidanza a rischio è coperta dall'ENPAM fino ai 2 mesi precedenti il parto, quando subentra l'indennità di maternità).

COSEGUENZE ECONOMICHE DI LUNGO PERIODO

INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA (comune a tutti i medici assicurati)

L'invalidità permanente conseguente a malattia è garantita per una Somma Assicurata pari a € 125.000,00. In continuità con le precedenti poliz-

ze stipulate per il medesimo rischio e in continuità con la precedente polizza della Cattolica Assicurazioni la nuova polizza comprende le invalidità permanenti da malattia derivanti *direttamente o indirettamente* da stati invalidanti, preesistenti alla stipulazione del *nuovo* contratto, salvo che siano stati già denunciati e liquidati dalle precedenti polizze e da situazioni patologiche manifestatesi – cioè diagnosticate e/o curate,

- per i **Medici di Medicina Generale**, successivamente al 01.01.2010 o dall'ingresso in garanzia del medico assicurato qualora successiva a tale data
- per i **Medici Fiscali INPS**, successivamente al 30 giugno 2023 o dall'ingresso in garanzia del medico assicurato qualora successiva a tale data
- per i **Medici Convenzionati Esteri delle Commissioni INPS** successivamente al 31 marzo 2024 o dall'ingresso in garanzia del medico assicurato qualora successiva a tale data.

Il massimale per la copertura della invalidità permanente da malattia è di € 125.000; la percentuale da liquidare, secondo tabella prevista in polizza, è in rapporto al grado di invalidità accertata, secondo un rapporto che valorizza di più le invalidità superiori al 50%, meno quelle inferiori al 50%.

INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO (comune a tutti i medici assicurati)

L'invalidità permanente conseguente a infortunio è garantita a tutti i Medici per una Somma Assicurata pari a € 200.000,00.

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifichi entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida l'indennizzo calcolandolo sulla somma assicurata per invalidità permanente totale secondo le disposizioni in polizza ed in base alle percentuali indicate nella tabella INAIL secondo le seguenti modalità:

- per le invalidità permanenti di grado inferiore o pari al 5% della totale non si fa luogo ad indennizzo;

- per le invalidità permanenti di grado superiore al 5% della totale ma inferiore al 50%, si liquida l'indennizzo solo per la parte eccedente il 5%;
- per le invalidità permanenti di grado pari o superiore al 50% della totale la percentuale di indennizzo sarà del 100%:

Nei casi invalidità permanente non specificati nella tabella, l'indennizzo si stabilisce tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato a svolgere l'attività di Medico di Assistenza Primaria, o Emergenza Sanitaria Territoriale, Medico Fiscale INPS, Medico Penitenziario, medico convenzionato esterno INPS. Tuttavia se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente pari o superiore al 50% dalla quale ne consegua la perdita dei requisiti ad esercitare l'attività di Medico Medicina Generale in convenzione ovvero che comporti la perdita dei requisiti ad esercitare l'attività di Medico Medicina Generale in convenzione per

il tramite degli A.C.N., compresi i Medici fiscali e convenzionati esterni INPS, verrà liquidato un importo pari al 100% della somma assicurata, a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi della presente polizza.

CASO MORTE DA INFORTUNIO (comune a tutti gli assicurati)

Il caso morte conseguente a infortunio è garantito a tutti i Medici per una Somma Assicurata pari a € 250.000,00.

Qualora l'Infortunio avesse per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali agli eredi legittimi o testamentari.

Gli indennizzi per morte e invalidità permanente non sono cumulabili; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte aumentato

ad euro 250.000,00, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Questi in breve gli aspetti salienti della polizza.

La polizza, i moduli di denuncia, il manuale operativo sono reperibili sui seguenti siti:

- a. FIMMG – home page – Iscritto (r)assicurato – Inabilità temporanea (link: https://fimmg.org/it/Inabilit%25C3%25A0_Temporanea/)
- b. ENPAM – Home page – infortuni e malattia – Medicina generale – Primi 30 giorni – www.polizza30giornimedici.it (link: <https://www.enpam.it/comefareper/infortuni-e-malattie/inabilita-temporanea-medici-dellassistenza-primaria/>)

Oppure rivolgersi telefonicamente per informazioni ed istruzioni a FIMMG Nazionale

Tel. 0654896639

E-mail: assipre@fimmg.it

TELEMEDICINA, 30 CREDITI ECM GRATIS PER MEDICI E DENTISTI

Enpam ha lanciato un corso a distanza in otto lezioni sulla materia, fruibile gratuitamente tramite la piattaforma Tech2Doc, che consentirà ai professionisti che lo frequenteranno di acquisire 30 crediti Ecm.

Il corso affronta tutti gli aspetti, sia generali che tecnici, della medicina a distanza: da un'introduzione sulle norme che disciplinano la telemedicina, fino ad approfondire i principi operativi che il medico e l'odontoiatra devono conoscere per eseguire efficacemente le prestazioni basilari della televisita, del teleconsulto, della teleconsulenza, della teleassistenza, del telecontrollo e del telemonitoraggio, guardando infine alle future evoluzioni digitali in sanità.

"La telemedicina è uno strumento che non solo può migliorare la qualità delle cure, ma anche offrire nuove modalità operative che possono trasformare l'approccio alla professione. Per questo il corso di Tech2Doc rappresenta un'importante opportunità, per tutti i medici e gli odontoiatri, di aggiornarsi e acquisire competenze fondamentali in un settore in rapida crescita e ormai imprescindibile".

Responsabile scientifico e docente del corso è Francesco Gabrielli, medico pioniere nel campo delle innovazioni digitali e della chirurgia sperimentale e telematica, con esperienza trentennale di telemedicina in Italia e all'estero.

Per garantire un apprendimento efficace e coinvolgente, le lezioni sono arricchite da infografiche scaricabili, materiali iconografici e video esplicativi che si affiancano alle videolezioni e ai materiali di studio e approfondimento.

Provider Ecm del corso è Adnkronos GMC attraverso il canale Doctor's Life.

Il corso sarà fruibile online gratuitamente fino al 31 dicembre 2025 tramite il portale Tech2Doc, raggiungibile via web o tramite app per smartphone scaricabili dagli store Apple e Google. L'indirizzo diretto al corso è <https://www.tech2doc.it/it/event/corso-ecm-fondamenti-di-telemedicina-il-medico>

Non si spara sulla Croce Rossa



Il 24 giugno 1859, Henry Dunant, si aggirava sgomento sul campo di battaglia di Solferino, dove, in 16 ore di battaglia tra l'esercito francese e quello austriaco, erano stati uccisi o feriti 40.000 soldati. Qualcuno era ancora agonizzante in mezzo ai cadaveri, perché i soccorsi latitavano. Così Dunant provò a organizzare le donne dei paesi vicini per portare aiuto ai feriti come meglio poteva.

Tornato a Ginevra, nel 1862 raccontò quella sua esperienza nel libro *Memoire du Solferino*, in cui auspicava che tutte le nazioni del mondo civile, già in tempo di pace, formassero medici ed infermieri volontari per assistere i servizi sanitari delle forze armate e negoziassero un accordo internazionale per garantire protezione a malati e feriti sui campi di battaglia e ai servizi medici militari che li assistevano.

Nel 1863, creò il "Comitato internazionale per il soccorso dei soldati feriti" e l'emblema scelto dall'associazione fu la croce rossa. Altre simili istituzioni nazionali avrebbero poi scelto emblemi diversi come la mezzaluna rossa, il leone e il sole rosso, il cristallo rosso. Tutti comunque con la stessa finalità, l'assistenza ai feriti.

Sempre lui, Dunant, convinse poi il governo svizzero a convocare una conferenza diplomatica, cui parteciparono dodici governi che il 22 agosto 1864 stipularono la "Convenzione di Ginevra per il miglioramento della condizione dei feriti negli eserciti sul campo", primo nucleo del patto che sarà siglato a livello universale nel 1949 e sarà aggiornato da Protocolli aggiuntivi nel 1977.

I principi fondanti dell'organizzazione Croce Rossa furono e sono ancora i seguenti: Umanità, Imparzialità, Neutralità, Indipendenza, Volontariato, Unità, Universalità.

Il 23 marzo scorso fa a Rafah, le Forze Armate Israeliane (IDF: Israel Defense Forces) hanno aperto il fuoco contro un convoglio di ambulanze palestinesi che viaggiavano di notte.

Nella prima versione sull'accaduto l'esercito israeliano ha così ricostruito la vicenda: Il 23 marzo a Rafah, nel sud di Gaza, intorno alle 4 del mattino, i soldati del battaglione Golani hanno teso un'imboscata: diversi civili e ambulanze sono passati senza incidenti. Alle 4:30, un'auto della polizia di Hamas è stata colpita: un agente è morto, due sono stati catturati. Il veicolo è rimasto sul ciglio della strada. Verso le 6,00 è arrivato un convoglio di ambulanze che si è fermato accanto all'auto colpita. I soldati, avvertiti dagli operatori di droni di movimenti sospetti, hanno aperto il fuoco, pensando a una minaccia. Secondo le IDF le ambulanze viaggiavano a fari spenti ed i militari non sapevano che si trattasse di medici disarmati.

Dopo la sparatoria, i corpi sono stati raggruppati e seppelliti sul posto, con un segnale per facilitarne il recupero. I militari israeliani sostengono che

quella di seppellire i corpi in terra è una prassi per evitare che gli animali dilanino i cadaveri (quindi un atto di clemenza). Dopo di che hanno informato l'ONU sul luogo dove era avvenuta la sparatoria.

I corpi sono stati recuperati solo alcuni giorni dopo, il 30 marzo.

Si è scoperto che erano stati uccisi ben 15 operatori sanitari palestinesi tra cui 8 medici.

Nel cellulare di uno di questi è stato recuperato un filmato che mostra le fasi del soccorso palestinese e dell'attacco israeliano.

Si è così accertato che Le ambulanze della Mezzaluna Rossa palestinese, colpite dai militari israeliani, avevano le luci accese e non spente e non si stavano affatto avvicinando alle postazioni dell'esercito israeliano, ma si erano fermate per soccorrere gli eventuali feriti del mezzo colpito in precedenza dalle forze armate israeliane. Nessuno degli operatori era armato, nessuno stava minacciando le forze israeliane e tutti portavano, per rendersi ben visibili, i classici giubbotti degli operatori sanitari in servizio, con tanto di strisce riflettenti bianche su giubbotti rossi.

Nessuno dei medici assassinati costituiva dunque una minaccia per le forze dell'IDF. Come non lo costituiva nessuno dei 14 mila bambini morti e dei 18 mila feriti per i bombardamen-



ti israeliani avvenuti nella striscia di Gaza dall'inizio del conflitto.

A loro parziale giustificazione le forze armate israeliane, hanno sostenuto di avere scoperto, dopo la strage, che sei dei 15 operatori sanitari uccisi erano stati identificati dai funzionari della loro intelligence come agenti di Hamas.

Una giustificazione che arriva postuma, e alla quale ciascuno può decidere se dare o meno credito.

Non so se ne darebbe qualcuno

Dunant, la cui opinione in merito, se fosse ancora tra noi, mi piacerebbe proprio conoscere

Credo che, se lo fosse, ci chiederebbe cosa possa ancora servire perché i paesi civili decidano di alzare la voce per richiamare i responsabili al rispetto di principi universalistici che sono sopravvissuti a ben due terribili conflitti mondiali.

Come medico non posso che esprimere la mia solidarietà ai colleghi palestinesi caduti mentre compivano il

loro dovere.

Mi piacerebbe che quella solidarietà fosse espressa dalle associazioni cui mi pregio di appartenere, l'Ordine dei Medici di Verona e la FNOMCeO.

Ma vi assicuro, mi riempirebbe ancor di più d'orgoglio, se una tale solidarietà fosse espressa dai Medici Israeliani, attraverso le loro associazioni, se ancora ne hanno qualcuna, e se si identificano ancora nei principi deontologici della nostra professione.

ROBERTO MORA

Cosa capita negli ospedali a Gaza

Un campo per bambini morti e le grida incessanti dei feriti: due medici americani volontari a Gaza raccontano un incubo

Una loro intervista rilasciata a Nour Hassoun sul giornale israeliano Haaretz del 13/04/2025 (haaretz.co.il)

Ciò che hanno visto Mark Perlmutter e Feroze Sidhwa, medici americani volontari negli ospedali della Striscia di Gaza, non è rassicurante. In un'intervista al giornale Haaretz, descrivono una medicina d'emergenza in condizioni impossibili e una sofferenza umana difficile da comprendere. Hanno una sola richiesta per gli israeliani: svegliarsi.

Il pronto soccorso dell'ospedale Nasser di Khan Yunis è dotato di un'area speciale progettata per consentire ai bambini di morire serenamente. Il Complesso dei Bambini Morti, come viene chiamato, è il luogo in cui vengono indirizzati i bambini che non possono essere salvati o il cui salvataggio richiederebbe risorse che l'ospedale non ha a disposizione. Le famiglie dei bambini morenti aspettano lì, al loro fianco, finché non muoiono. Il 18 marzo, la notte in cui Israele violò il cessate il fuoco e riprese i combattimenti nella Striscia di Gaza, il dottor Feroze Sidhwa vi inviò due ragazze. Il Dottor Sidhwa, che vive negli Stati Uniti, è arrivato all'inizio di marzo per



Il Dr. Feroze Sidhwa



Il Dr. Mark Perlmutter

fare volontariato a Gaza per la seconda volta. Quella notte dormì nella stanza dei medici al quarto piano dell'ospedale. Alle due del mattino la porta della stanza fu aperta con forza da una bomba caduta lì vicino. "Ci siamo svegliati, siamo rimasti seduti per un altro minuto e ci siamo chiesti cosa stesse succedendo", ricorda. "Quando le esplosioni continuarono, capimmo che dovevamo andare al pronto soccorso." Nell'ultimo anno e mezzo, l'ospedale Nasser si è abituato a incidenti con vittime in massa. Secondo la procedura, un giovane medico palestinese era di guardia all'ingresso dell'ospedale.

"Il suo compito era quello di accompagnare all'obitorio coloro che erano chiaramente morti", spiega Sidhwa. "Le famiglie portano vittime senza testa o tagliate a metà, e vogliono comunque che qualcuno qualificato dica che sono morte e che non c'è più nulla da fare. Ma quando si tratta di bambini, soprattutto piccoli, è molto difficile intervenire. Ecco perché vengono indirizzati alla zona rossa (l'area in cui vengono indirizzati i feriti più gravi, NHC). Quello che avremmo dovuto fare era dichiarare la morte dei bambini che non possono essere salvati ed evacuare la zona rossa per salvare quelli che possono essere salvati."

Ammette di aver constatato la morte delle due ragazze, anche se a quel punto non erano ancora morte. Ma, ha affermato, nelle condizioni in cui era l'ospedale non c'era alcuna possibilità di salvarle. "Entrambe avevano gravi lesioni cerebrali. Per entrambe ho dovuto prenderle in braccio, darle ai genitori e dire: "Moriranno, non c'è niente che io possa fare. Bisogna portarli in un posto dove i bambini muoiono". Per questo, hanno creato un complesso al pronto soccorso dove i bambini possono morire in silenzio assistiti dalle loro famiglie. In eventi come questo, bisogna prendersi cura di chi può sopravvivere.

Sidhwa racconta: "La prima bambina aveva tre anni ed aveva schegge su tutto il viso e la nuca, incluso il cervello. Ovunque. Ho considerato che in quel caso dovevo tener conto di alcune cose: la prima che non abbiamo un neurochirurgo. L'unico neurochirurgo nella Striscia di Gaza

meridionale lavora in un altro ospedale. Quindi, anche se fossimo riusciti a salvarla, non sarebbe servito a nulla". "Avrei potuto attaccarla a un respiratore e a una flebo, e forse sarei riuscito a tenerla in vita per altre 24 o 48 ore anche se il suo cervello era morto, ma se l'avessi fatto avrei perso un'ora in cui avrei potuto salvare qualcun altro, e alla fine sarebbe morta comunque. Così ho detto ai suoi genitori di portarla nell'area dei bambini morti. Queste cose si decidono in 30 secondi, per cui ti resta sempre il dubbio che la tua scelta sia sbagliata. Ma questi sono i tempi in cui devi agire. Anche la seconda bambina, di cinque anni, aveva una lesione cerebrale causata da schegge. Negli ultimi istanti di vita fu anche lei consegnata ai suoi genitori".

In quei giorni, un altro medico americano, il dottor Mark Perlmutter, era come volontario a Gaza. Era stato assegnato al piccolo Ospedale dei Martiri di Al-Aqsa a Deir al-Balah, e le sue descrizioni non sono meno terrificanti. "(Negli incidenti con più vittime) c'è sangue ovunque, il pavimento ne è coperto e i piedi scivolano. I feriti sanguinano l'uno sull'altro. Molti di loro hanno bisogno di amputazioni per salvarsi la vita, a volte vengono portati con lacci emostatici a tutti e quattro gli arti, a volte con ferite profonde alla testa", racconta.

Secondo lui, "il numero di feriti trasportati nella zona rossa in incidenti con vittime di massa può paralizzare il sistema sanitario in una grande città come Raleigh (la capitale della Carolina del Nord, suo luogo di residenza, NH), dove ci sono diversi centri traumatologici grandi, moderni e ben attrezzati". Dopo l'intervista, Perlmutter ha inviato al giornale Haaretz decine di foto scattate nella Striscia, ma nessuna di esse può essere pubblicata. Tra queste, bambini con gli arti mutilati o amputati, un pavimento coperto di sangue, parti di corpo umane e bambini feriti o morti, un tavolo carico di piccoli corpi. Spettacoli da un altro pianeta. Ma questa è Gaza: un disastro senza pari.

Sidhwa, specialista in traumatologia e chirurgia vascolare, originario della California, è figlio di genitori di origine pakistana e la sua famiglia appartiene alla minoranza zoroastriana.

Perlmutter è un chirurgo ortopedico, figlio di padre ebreo e madre cattolica. Entrambi hanno prestato servizio volontario in molti luoghi colpiti da calamità naturali — Perlmutter ha curato le vittime dell'11 settembre, le vittime dell'uragano Katrina, del terremoto di Haiti e di altre catastrofi. Sidhwa ha prestato soccorso alle vittime dell'attentato alla maratona di Boston, ad Haiti, in Zimbabwe, in Burkina Faso, è stato tre volte in Ucraina, l'ultima nell'ottobre 2023.

In un'intervista rilasciata al Haaretz tramite Zoom dagli Stati Uniti, entrambi concordano sul fatto che il disastro che si sta verificando nella Striscia di Gaza è diverso da qualsiasi altro e non può essere paragonato a nessun altro disastro naturale o provocato dall'uomo degli ultimi decenni. Entrambi i medici intervistati parlano di medicina d'urgenza in condizioni impossibili, del deterioramento della salute dell'intera popolazione di Gaza e di sofferenze umane indescrivibili. Entrambi vogliono trasmettere un messaggio agli israeliani. " Hamas esiste come ala militare perché i palestinesi non hanno libertà", afferma Perlmutter. "Gli abitanti di Gaza che ho incontrato non odiano gli ebrei." Porre fine alla guerra, aggiunge Sidhwa, "è l'unico modo per Israele di sopravvivere". A ottobre sono stati tra gli ideatori di una dura lettera all'ex presidente degli Stati Uniti Joe Biden, per chiedergli di interrompere il rifornimento di armi a Israele. La lettera conteneva dure accuse contro le IDF (le forze armate israeliane), tra cui quella di aver sparato colpi di arma da fuoco contro bambini. Hanno ribadito le accuse in un articolo pubblicato sul New York Times, basato sulle TAC di bambini colpiti dai proiettili sparati da cecchini. In risposta alle critiche riguardanti l'attendibilità delle affermazioni e delle fotografie, il giornale ha condotto ulteriori indagini, tra cui l'esame di fotografie ed esami medici condotti da esperti indipendenti e la verifica delle affermazioni con fonti aggiuntive. Alla fine, il caporedattore del giornale ha dichiarato di "sostenere l'articolo... Qualsiasi affermazione secondo cui le foto siano false è semplicemente falsa".

I due hanno fatto volontariato anche nella Striscia un anno fa. "Quando

siamo entrati a Gaza, abbiamo sentito tre tipi di odore: quello di zolfo, quello dei corpi in decomposizione che saliva dalle fogne e quello della polvere da sparo. Quell'odore ci ha fatto capire quello che stava accadendo. Poche ore dopo il nostro arrivo, si è verificato il primo incidente con un numero di vittime massivo ed i feriti sono stati trasportati da noi in numero tale che avrebbe sovraccaricato anche i centri traumatologici di qualsiasi nostra grande città".

Nella sua prima settimana a Gaza, ha affermato di avere impiantato più platino (per osteosintesi) che in tutti i suoi 20 anni di lavoro come chirurgo prima di allora. Ed ha aggiunto "Ho operato più bambini a Gaza in una notte che in un anno negli Stati Uniti".

Durante la sua prima visita nella Striscia di Gaza, il Dottor Sidhwa ha prestato servizio volontario presso l'Ospedale europeo di Khan Yunis. Secondo lui, in quel momento la struttura medica non era in grado di controllare la situazione. Centinaia di sfollati si erano trasferiti lì o nei dintorni, nella speranza che le IDF non bombardassero l'ospedale. Le condizioni igieniche nei reparti erano terribili, racconta il medico. "Sono stato male, ho sofferto di diarrea e tosse per tutto il tempo che sono stato lì, ho perso sette chili in due settimane." "Letteralmente, ogni persona che ho incontrato era malata."

Nella loro seconda visita alla Striscia, entrambi concordano che la situazione era peggiorata. Tutto ciò che Israele e gli Stati Uniti stanno facendo a Gaza sembra essere studiato su misura per danneggiare la salute dei residenti: costringerli a vivere all'aperto, privarli del cibo, distruggere la produzione alimentare locale, distruggere la società, l'istruzione: tutte quelle cose che aiutano la salute umana.

"L'intera popolazione di Gaza è senza casa". Ed ha aggiunto: "C'è un motivo per cui abbiamo inventato le case: è meglio vivere in casa che all'aperto. Ho camminato dall'ospedale Nasser all'ospedale Amal della Mezzaluna Rossa, forse due chilometri, e non c'era un solo edificio con quattro mura in piedi". Un altro problema è la mancanza di cibo. Secondo i medici, l'intera popolazione soffre di una grave carenza di vitamine e proteine.

"Per quasi tutto il tempo che siamo stati lì abbiamo mangiato solo riso", racconta Sidhwa. "Il primo giorno c'era anche carne e qualche giorno prima della partenza c'era il pollo." I muscoli degli abitanti da lui incontrati erano sottili a causa della mancanza di proteine. "Una scatoletta di tonno equivale allo stipendio di una settimana, due pomodori a un giorno di lavoro. Noi abbiamo mangiato oltre al riso pane e hummus", ha aggiunto Perlmutter.

Le loro testimonianze indicano che le condizioni delle attrezzature e delle forniture mediche presso l'ospedale Nasser, attualmente il più grande ospedale operativo nella Striscia di Gaza, sono di gran lunga migliori rispetto a quelle dell'ospedale Al-Aqsa. Secondo Perlmutter, ad Al-Aqsa c'è una costante carenza di medicinali, attrezzature e materiali di base. "Lavavo le ferite dei pazienti con un po' di sapone da albergo che avevo portato con me", racconta. "Non ci sono antibiotici né antidolorifici. Puoi immaginarti cosa significhi perdere tre arti e svegliarsi dall'anestesia senza antidolorifici? I pazienti urlano giorno e notte."

Nelle prime due settimane della sua permanenza a Gaza, prima che il fuoco riprendesse, una volta dovette lasciare un trapano medico nella gamba di un uomo ferito perché le viti che avrebbero dovuto tenere fermo l'osso si erano esaurite. Sidhwa descrive anche una carenza di medicinali, di sangue per le trasfusioni e delle relative attrezzature, bisogni fondamentali per un reparto di traumatologia. Nelle prime due settimane della sua permanenza a Gaza, prima che il fuoco riprendesse, Sidhwa si era occupato principalmente dei feriti rimasti sotto il crollo degli edifici. La maggior parte di questi era stata recuperata sotto le macerie.

Un altro tipo di ferita comune a quel tempo erano le ferite da arma da fuoco causate da conflitti familiari, prova del collasso sociale a Gaza. Circa una volta al giorno veniva portata dentro anche una persona colpita da un cecchino dell'IDF, un'azione che, secondo i residenti, era stata compiuta da una torre eretta dall'esercito sull'asse Filadelfia.

Dal 18 marzo fino alla loro partenza

dalla Striscia, Sidhwa e Perlmutter avevano quasi annullato gli interventi chirurgici programmati e si erano concentrati quasi esclusivamente sul salvataggio dei feriti nei bombardamenti. Secondo loro, quando una bomba colpisce un complesso residenziale per sfollati, diverse decine di feriti vengono trasportati al pronto soccorso nel giro di un'ora. Le sale operatorie non tengono il passo e molti muoiono al pronto soccorso o nei corridoi. "In quei giorni" hanno riferito "abbiamo scartato bambini feriti pur sapendo che se fossero stati negli Stati Uniti si sarebbero potuti salvare".

"Ma noi stavamo cercando il bambino che aveva le maggiori possibilità di sopravvivenza", dice Perlmutter, e a questo punto la sua voce si spezza e le lacrime gli riempiono gli occhi.

È impossibile raggiungere tutti, come si fa ad affrontare la situazione? Ogni notte ho incubi in cui i bambini mi tirano i pantaloni e mi chiedono di non calpestarli o di aiutare la sorella", racconta. Secondo i due, come nella loro precedente visita nella Striscia di Gaza, avvenuta un anno fa, molti dei feriti e delle vittime degli attacchi delle IDF sono bambini. "Su 70 feriti, 40 sono bambini", afferma Perlmutter.

Il 18 marzo, dopo che il dottor Sidhwa aveva dichiarato la morte delle due ragazze al Nasser Hospital di Khan Yunis, si è recato a curare una ragazza che aveva riportato una lesione cerebrale meno grave, salvandole la vita. "La scheggia le aveva attraversato il cervello, ma era rimasta sul lato sinistro, quindi al risveglio non riusciva a parlare né a usare il lato destro del corpo. Ma il cervello si adatta e dopo





cinque giorni ha ricominciato a parlare", racconta.

Sidhwa si era poi occupato di una giovane donna "che aveva un buco più grande di una palla da tennis nella schiena". Tentò di chiudere la ferita, ma la paziente aveva bisogno di grandi quantità di sangue. "Negli Stati Uniti le avremmo fatto trasfusioni di sangue per tre o quattro giorni, forse anche di più" ma il Nasser hospital non ha una grande banca del sangue. Ti forniscono al massimo otto unità di sangue e se con quelle la persona ferita non sopravvive, significa che non poteva sopravvivere". La giovane donna è morta 12 ore dopo l'intervento.

Perlmutter dichiara di non essere sionista e di pensare che Biden dovrebbe finire la sua vita in prigione per la sua responsabilità nel genocidio di Gaza. Descrive sé stesso come un agnostico, ma si assicura di andare in giro con la stella di David di suo padre al collo. Alcune delle sue impressioni suonano come immaginarie alle orecchie israeliane. "Quando dicevo alla gente che ero ebreo, volevano abbracciarmi; è un po' un problema, perché non si facevano la doccia da sei mesi", ride. "Ma tanta gente non ha davvero alcuna animosità contro gli ebrei. Mi hanno detto che gli ebrei sono loro fratelli e che è Netanyahu il loro male. Certo, ci sono elementi di Hamas che odiano gli ebrei, ma sono una minoranza. Date ai cittadini di Gaza la libertà e l'opportunità di vivere, e Hamas scomparirà".

Nei primi anni 2000, Sidhwa ha fatto volontariato presso un'organizzazione arabo-ebraica di Haifa e conosce

bene Israele. "Gli israeliani non sono stupidi", dice, "devono smetterla di nascondere la testa sotto la sabbia e fingere che a Gaza non stia capitando nulla di grave. Capisco che il 7 ottobre sia stato un evento orribile, un attacco brutale. Ma le persone devono capire quando vengono manipolate e fatte oggetto di propaganda. Il cessate il fuoco ha consentito il rilascio degli ostaggi e solo una parte lo ha violato. "Se pensassi che fermare la guerra metterebbe in pericolo Israele, mi troverei di fronte a un dilemma, ma questo è l'unico modo in cui Israele può sopravvivere."

Sidhwa è tornato da Gaza anche con la storia del ragazzo Ibrahim Barhoum. Barhoum, è un ragazzo di 16 anni, nato dopo molti trattamenti contro l'infertilità cui i suoi genitori anziani si erano sottoposti per averlo. Il suo fratello gemello era stato ucciso all'inizio della guerra. Nella notte in cui Israele violò il cessate il fuoco, una bomba colpì la tenda dove viveva la sua famiglia nella zona umanitaria di Moassi e le schegge gli trapassarono l'intestino.

Dopo un intervento chirurgico complesso, i medici erano riusciti a stabilizzare le sue condizioni. Sidhwa ricorda che i suoi genitori non si muovevano dal suo letto. "Dicevano che giocava a calcio tutto il giorno, ma non aveva i muscoli di un calciatore. E questo era chiaramente dovuto a una mancanza di proteine."

Cinque giorni dopo, il 23 marzo, Sidhwa si stava recando nella stanza di Ibrahim per cambiargli la medicazione in preparazione delle sue dimissioni dall'ospedale. Lungo la strada, un medico lo fermò e gli chiese di aiutarlo con un altro paziente, un ragazzo di nome Muhammad, che aveva bisogno di un intervento chirurgico d'urgenza per fermare un'emorragia. "Ho chiesto al personale della terapia intensiva di aggiornare la sala operatoria e nel frattempo ho deciso

di andare da Ibrahim per cambiargli la medicazione." Mentre camminava lungo il corridoio, l'ospedale esplose. "La porta accanto alla mia si è aperta e mi ha colpito. Ho sentito odore di fumo", racconta.

L'ospedale è stato messo in modalità di emergenza e Sidhwa si è recato al pronto soccorso per attendere i feriti. "Venivano portati solo feriti con ferite piccole, e ricordo di aver pensato tra me e me come fosse possibile che non ci fosse nessun morto. Poi arrivarono i residenti con un corpo avvolto in un lenzuolo, aprirono il lenzuolo e vidi lo stomaco e riconobbi il mio intervento. Era Ibrahim."

Barhoum era stato ucciso da un drone lanciato contro una delle stanze dell'ospedale con l'obiettivo di uccidere Ismail Barhoum, descritto come un alto funzionario di Hamas. Si è scoperto che, a causa dei loro cognomi identici, il ragazzo Ibrahim era stato messo nella stessa stanza, nonostante fossero parenti solo lontanamente. Così Ibrahim era morto sul colpo".

Sidhwa dichiara di non provare alcun affetto per i membri di Hamas, ma sottolinea che, secondo il diritto internazionale, una volta che una persona, anche se è un leader militare, si trova in un ospedale, cessa di essere un bersaglio. "Questo è l'articolo più antico del diritto internazionale umanitario. Netanyahu è stato recentemente sottoposto a un intervento chirurgico all'ospedale Hadassah."

"Tutti sono d'accordo sul fatto che sia lui a condurre la guerra, è giusto che Hamas bombardi l'ospedale Hadassah?" chiede. In quello stesso giorno in cui morì Ibrahim hanno cominciato a circolare notizie sulla scomparsa di 15 membri del personale medico e di soccorso civile a Rafah. Cinque giorni dopo, mentre Sidhwa e Perlmutter si preparavano a lasciare la Striscia, i corpi dei 15 furono trovati in una fossa comune. Ed il cellulare recuperato su uno di loro raccontava quanto era successo.

NIR HASSUN
DA HAARETZ

Fondazione GIMBE: medici di famiglia a rischio estinzione.

NE MANCANO OLTRE 5.500 ED IL 52% È SOVRACCARICO

Mancano **oltre 5.500 medici di medicina generale (MMG)** e sempre più cittadini faticano a trovarne uno, soprattutto nelle grandi Regioni. A fronte di migliaia di pensionamenti, il numero di medici neolaureati che scelgono questa professione continua a diminuire. Proprio mentre la popolazione è sempre più anziana e malata: nel 2023 gli over 65 erano oltre 14,2 milioni, di cui più della metà affetti da due o più malattie croniche. Il Governo propone come soluzione la dipendenza senza però una valutazione che questa scelta avrebbe sull'impatto economico, contributivo, organizzativo e professionale.

Il MMG non è un dipendente SSN, ma lavora in regime di convenzione ed il suo rapporto di lavoro è regolato dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN), dagli Accordi Integrativi Regionali e dagli Accordi Attuativi Aziendali, definiti a livello di ogni singola ASL.

"L'allarme sulla carenza dei MMG – afferma Nino Cartabellotta Presidente della Fondazione GIMBE – riguarda ormai tutte le Regioni e affonda le radici in una programmazione inadeguata, che non ha garantito il ricambio generazionale in relazione ai pensionamenti attesi. Negli ultimi anni poi la professione ha perso sempre più attrattività, rendendo oggi spesso difficile per i cittadini trovare un MMG vicino a casa, con conseguenti disagi e rischi per la salute, soprattutto per anziani e persone fragili".

La Fondazione GIMBE ha analizzato le dinamiche e criticità normative che regolano l'inserimento dei MMG nel SSN, stimando l'entità della loro carenza nelle Regioni italiane. Tuttavia, precisa Cartabellotta, "è stato

possibile effettuare solo una stima media regionale delle carenze, perché la reale necessità di MMG viene determinata dalle singole ASL nei rispettivi ambiti territoriali. Inoltre, i 21 differenti Accordi Integrativi Regionali introducono notevoli variabilità nella distribuzione degli assistiti per MMG, con il rischio di sovra- o sotto-stimare il fabbisogno reale rispetto alle specifiche situazioni locali".

"I criteri per definire il numero massimo di assistiti per MMG – spiega Cartabellotta – non hanno mai considerato l'evoluzione demografica degli ultimi 40 anni, né oggi tengono presenti le proiezioni per il prossimo decennio". Infatti, la percentuale di residenti di età =65 anni è quasi raddoppiata, passando dal 12,9% (7,29 milioni) nel 1984 al 24% (14,18 milioni) nel 2024. Ancora più marcato l'aumento degli over 80, la cui prevalenza è più che triplicata: dal 2,4% (1,4 milioni) del 1984 al 7,7% (4,5 milioni) nel 2024. Questa tendenza è confermata dalle previsioni ISTAT per il 2034, quando gli over 65 rappresenteranno il 29,4% della popolazione (17,04 milioni) e gli over 80 saliranno al 9,1% (5,28 milioni). Inoltre, l'indagine ISTAT sullo stato di salute della popolazione rileva che, nel 2023, 11,1 milioni di over 65 (77,6%) erano affetti da almeno una malattia cronica, di cui 7,8 milioni (54,5%) con due o più cronicità. "Di conseguenza – commenta il Presidente – il massimale di 1.500 assistiti per MMG, adeguato nel 1984 rispetto alla distribuzione demografica, è ormai divenuto insostenibile. L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche richiedono maggiori bisogni clinico-assistenziali e impongono ai MMG un carico di lavoro sempre più elevato,

con un impatto negativo sulla qualità dell'assistenza".

L'ACN ha fissato a 1.500 il numero massimo di assistiti per MMG, con la possibilità di arrivare fino a 1.800 in casi particolari, e deroghe locali che possono portare a 2.000. Tuttavia, **il 51,7% dei MMG ha più di 1.500 assistiti**, con significative differenze tra le Regioni. La saturazione dei medici sta **compromettendo la qualità dell'assistenza, riducendo il tempo da dedicare ai pazienti e la possibilità di esercitare il diritto alla libera scelta**.

L'innalzamento del rapporto medici-residenti a uno ogni 1.200 per determinare le zone carenti è solo un espediente che maschera la carenza effettiva di MMG. Tra il 2024 e il 2027, 7.345 MMG andranno in pensione, ma **il numero insufficiente di borse di studio ministeriali non permette di colmare il divario**. La mancata adesione ai concorsi evidenzia il crescente disinteresse per la professione e la criticità della situazione, in particolare in Regioni come Lombardia e Veneto.

Dal 2019 al 2023, il numero di MMG è diminuito del 12,8%, con cali significativi in Sardegna (-39%) e minori nelle Marche (-1,7%). Il numero medio di assistiti per MMG è aumentato a 1.374, con variazioni regionali che vanno dai 1.100 del Molise ai 1.548 della Provincia autonoma di Bolzano, portando a una difficile accessibilità dei medici, soprattutto nelle aree metropolitane e rurali.

"È possibile stimare – spiega Cartabellotta – solo il fabbisogno medio regionale di MMG in base al numero di

assistiti, poiché la carenza in ciascun ambito territoriale viene identificata dalle ASL secondo variabili locali". Per garantire la distribuzione omogenea e capillare rispetto alla densità abitativa, la prossimità degli ambulatori e l'esercizio della libera scelta, la Fondazione GIMBE ha tenuto in considerazione il **rapporto ottimale pari a 1 MMG ogni 1.200 assistiti**. Sulla base dei dati SISAC al primo gennaio 2024, la carenza complessiva è stimata in 5.575 MMG, distribuiti in 17 Regioni e Province autonome. Le situazioni più critiche si registrano in quasi tutte le grandi Regioni: Lombardia (-1.525), Veneto (-785), Campania (-652), Emilia Romagna (-536), Piemonte (-431) e Toscana (-345). Non si rilevano, invece, carenze in Basilicata, Molise, Umbria e Sicilia. "Ovviamente – commenta il Presidente – trattandosi di stime sulla carenza media regionale, non si può escludere che anche in queste Regioni vi siano aree prive di MMG".

Se tutti i MMG andassero in pensione a 70 anni e tutte le borse di studio finanziate tra il 2021 e il 2024 fossero completate, **nel 2027 le nuove generazioni di medici potrebbero coprire i pensionamenti e le carenze riscontrate nel 2023**. Tuttavia, come spiega Cartabellotta, **questo scenario è poco realistico, poiché un numero crescente di medici si ritira prima dei 70 anni e cresce il divario tra borse finanziate e medici che completano il ciclo formativo**. Questo gap è causato dalla mancata partecipazione al concorso (con il 15% delle borse non assegnate nel 2024) e dai circa il 20% di abbandoni durante

il percorso formativo.

La quota di **spesa sanitaria** pubblica destinata all'assistenza medico-generica convenzionata (medici di famiglia, pediatri e specialisti ambulatoriali) **è scesa dal 6,2% nel 2012 al 5,2% nel 2023**. Se la spesa fosse rimasta ai livelli del 2012, negli ultimi 11 anni il personale convenzionato **avrebbe perso 4,93 miliardi di euro, di cui 3,49 miliardi solo tra il 2020 e il 2023**. Cartabellotta sottolinea che questo riflette sia la riduzione del numero dei MMG attivi che il sottofinanziamento del SSN, che ha impattato pesantemente sul personale sanitario.

Il governo e le Regioni stanno progettando una riforma radicale per affrontare la crisi della medicina generale, passando dal rapporto di convenzione a quello di dipendenza per i MMG, con l'obiettivo di garantirne la presenza nelle Case di Comunità e nei servizi ASL. Tuttavia, Cartabellotta osserva che non è stata effettuata una valutazione d'impatto che esamini l'efficacia di questa proposta, considerando gli aspetti economici, contributivi, organizzativi e professionali. Sebbene l'idea di una scuola di specializzazione per la Medicina Generale sia condivisibile, è necessario un ripensamento globale del ruolo dei MMG nel SSN. Cartabellotta critica anche l'assenza di un coinvolgimento istituzionale nel processo di riforma, che è stata conosciuta dai professionisti solo tramite indiscrezioni stampa, creando già le premesse per un fallimento.

La carenza di MMG è stata **origina-**

ta da errori di programmazione e politiche sindacali, che hanno impedito di bilanciare i pensionamenti e il numero di borse di studio. La professione è diventata sempre meno attrattiva per i giovani, che abbandonano il corso di formazione o, sempre più frequentemente, non partecipano nemmeno ai concorsi. Le soluzioni adottate finora, come l'innalzamento dell'età pensionabile a 72 anni, le deroghe sul massimale e le possibilità di acquisire fino a 1.000 assistiti, si sono rivelate insufficienti per risolvere il problema alla radice.

"Il timore – conclude Cartabellotta – è che dalla mancata programmazione il problema si sia spostato sulla **scarsa attrattività della professione**. Per attuare l'agognata riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR (Case di comunità, Ospedali di Comunità, assistenza domiciliare, telemedicina), si punta su un cambiamento tanto radicale quanto poco realistico per colmare la carenza di medici di famiglia. Una riforma così complessa, oltre a richiedere una valutazione d'impatto, necessita di un coinvolgimento diretto delle parti in causa. Nel frattempo, se la professione di MMG continuerà a perdere appeal, il rischio concreto è lasciare milioni di persone senza medico di famiglia, peggiorare la qualità dell'assistenza territoriale e compromettere la salute delle persone, soprattutto dei più anziani e fragili. Oltre, ovviamente, a legittimare il flop della riforma prevista dal PNRR, per la quale abbiamo indebitato le generazioni future".

Medicina: via il numero chiuso arriva quello programmato

Tanti giovani continuano a sognare di indossare il camice bianco. Lo dimostrano i numeri dell'ultima sessione della prova d'accesso a medicina e odontoiatria.

Lo scorso luglio sono stati 44.550 i candidati, anche se con un calo significativo rispetto ai 54.078 della sessione di maggio.

I posti disponibili invece erano 20.867 (inclusi 1.400 posti per candidati extra Ue), contro i 19.636 dello scorso anno, 1.231 in più rispetto al 2023 e 5.001 circa rispetto al 2022. Quelli per il corso di odontoiatria erano invece 1.535.

Di questi, ben 42.297 sono risultati **idonei al 95 per cento**. Attenzione: cosa significa "essere idonei"? Significa aver raggiunto un punteggio di almeno 20 punti su 90 totali. Dati che confermano **la facilità dell'ultima prova sostenuta il 30 luglio scorso**.

Nel 2022 su quasi 60mila studenti che si erano presentati, per superare il test di medicina, **quasi la metà non aveva raggiunto nemmeno il punteggio minimo pari a 20**. Nel 2023, gli iscritti alla prova sono stati circa 72mila.

Siamo in presenza di un cambiamento che era atteso e discusso.

Vi era la necessità di attivare un cambiamento nelle procedure d'ingresso alla facoltà di medicina. La riforma fortemente voluta dal ministro dell'università e della ricerca, Anna Maria Bernini, è ora legge. Per la concreta applicazione servono però i decreti attuativi che la ministra assicura arriveranno in tempi rapidi per le università statali. La novità riguarda, infatti, solo gli atenei statali, i privati stanno già organizzando i tradizionali test di accesso per il prossimo anno accademico.

Ma mentre la maggioranza di Governo rivendica la "svolta" nel sistema di accesso, che "finalmente diventa equo e meritocratico", le opposizioni

affermano che si tratta di "provvedimento bluff", in quanto "non viene eliminato il numero chiuso".

L'immatricolazione al primo anno di Medicina e ad Odontoiatria (come pure quello a Veterinaria) sarà libera, senza più quei test d'ammissione di cultura generale e materie d'indirizzo che avevano dato vita, anno dopo anno, a una marea di ricorsi. Ma il numero chiuso non verrà abolito del tutto. Rimarrà un numero programmato. Perché la selezione si sposterà dall'immatricolazione al primo anno o, meglio, al primo semestre. Per poter proseguire negli studi, sarà infatti necessario ottenere un punteggio utile in una graduatoria nazionale unica formata sulla base degli esami dati e dei voti ottenuti nelle materie del primo semestre, qualificanti e uguali per tutti.

Solo coloro che avranno superato la selezione potranno proseguire con il secondo anno.

La sede in cui studieranno medicina verrà selezionata in base alla graduatoria nazionale, alla preferenza degli studenti e alla disponibilità dei posti in ateneo. Chi non riuscirà ad entrare potrà continuare il secondo semestre frequentando un corso scelto tra quelli dell'area scientifica, senza perdere l'anno.

Gli esami sostenuti, se compatibili con il percorso di studi, saranno considerati validi.

Il provvedimento approvato prevede, comunque, una delega per il Governo finalizzata ad adottare, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della legge, uno o più decreti legislativi per la revisione delle modalità di accesso ai corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria e in medicina veterinaria.

Un primo decreto attuativo è stato, intanto, approvato dal Consiglio dei Ministri a fine marzo ed in esso viene

sottolineata una condizione davvero strana per un decreto regolativo. Infatti l'articolo 1 del testo della bozza sottolinea che il provvedimento è finalizzato a "garantire il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la qualità della formazione e la sostenibilità del sistema universitario". Dato che l'introdotta possibilità data agli studenti di iscriversi in maniera libera a medicina, anche se per un periodo di prova di soli sei mesi, consentirà di potenziare il servizio sanitario, resta tutta vedere. Ma nel testo del decreto vi sono altre e più pesanti perplessità.

All'articolo 3 viene espressa una prima, ma non secondaria preoccupazione: "al fine di assicurare la sostenibilità per la frequenza ai corsi di laurea magistrale a ciclo unico di cui al comma 1, le università, in caso di iscrizione al semestre filtro di un numero di studenti superiore alla propria capacità ricettiva, garantiscono adeguate modalità di erogazione della didattica".

Preoccupazione che si sostanzia in una forma ancora più incisiva in quanto l'iscrizione al semestre filtro è prevista fino a ben tre volte. Le decine di migliaia di studenti esclusi si moltiplicheranno anche per tre, con buona pace delle strutture di insegnamento. Su questo aspetto la Crui si è già pronunciata affermando che "l'ingresso di 40-60mila candidati in più è semplicemente impensabile". Specificando, poi, che le risorse attuali, già insufficienti per gli attuali 20mila studenti, non possono coprire un aumento così consistente.

Ulteriore perplessità alla considerazione esposta è accentuata dall'affermazione, sempre nel decreto, che "dall'attuazione del provvedimento non possono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le università dovranno provvedere, ai relativi adempimenti

nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente”.

Altro punto critico è, poi, rappresentato dalla disposizione che prevede che le strutture di insegnamento dovranno garantire che i programmi formativi del primo semestre dei corsi siano uniformi e coordinati a livel-

lo nazionale. Infatti, considerato che l'accesso al secondo semestre verrà regolato da una graduatoria basata sui crediti formativi (CFU), ottenuti tramite esami obbligatori, c'è il rischio di valutazioni non omogenee tra atenei, a causa di criteri di formazione differenti, con effetti particolarmente gravi anche al momento della valutazione. Il

che aprirebbe a possibili disparità tra gli studenti e inevitabili ricorsi.

Per risolvere questa criticità è comunque allo studio l'introduzione di criteri d'esame uniformi a livello nazionale.

CLAUDIO TESTUZZA

La scomparsa del dottore

Per chi volesse leggerlo, segnalo questo libro scritto da Giorgio Cosmacini, medico, filosofo e storico della medicina.



Vi si racconta che una volta c'era il **Dottore**, una persona cui potevi rivolgerti quando ne avevi bisogno. Quando lo incontravi ti visitava, ti ascoltava, ti guardava negli occhi, ti induceva a confidarti a lui come ad un amico e ad un "confessore". Ti faceva la visita toccandoti e auscultandoti.

Alla fine ti spiegava quello che poteva essere la causa del tuo disturbo e, se era una malattia, ti insegnava come dovevi fare per superarla. Se non era

una malattia ti spiegava perché stavi male e cosa dovevi fare per stare meglio. Il Dottore conosceva tutto di te, anche i tuoi affari di famiglia; e alle volte il male veniva da quelli. Il Dottore ti era vicino e ti conosceva, ti curava anche quando non c'era nulla da far guarire. E se la cura era lunga, altrettanto lunga era la sua pazienza e la sua **disponibilità**.

Adesso c'è il **Medico**. Fissare un appuntamento con lui è talora problematico perché ha tante cose da fare e tanta gente che aspetta di incontrarlo. Quando infine lo puoi consultare ti chiede che disturbi hai, ti visita (...non sempre), fa indagini più o meno sofisticate, alla fine fa una diagnosi e ti dà una terapia. Se la malattia lo richiede ti manda dallo specialista o chiede altri esami. Quando esci da lui hai spesso tante carte con le quali puoi ritirare in farmacia i farmaci che ti servono oppure prenotare altri esami necessari. Farlo è spesso problematico perché le liste di attesa sono lunghe.

Il **Dottore** applicava il metodo clinico che era basato sull'ascolto, il tocco, lo sguardo (il cosiddetto occhio clinico).

Il **Medico** oggi applica il metodo scientifico, la "evidence based medicine" e si affida sempre più largamente alla tecnologia.

Al punto che la gente è portata a credere che la soluzione di ogni malessere debba trovare risposta nella tecnologia e che se questa non viene usata si rischia di non essere curati in modo appropriato.

Il nostro SSN è sempre più in difficoltà perché le risorse sempre più limitate

mentre le richieste di prestazioni sono in costante aumento. Così al medico di famiglia si chiede di essere **efficiente**, e l'efficienza si misura sulla base del rapporto costi/benefici.

Al dottore di una volta si chiedeva di essere efficace, e l'**efficacia** è una cosa diversa: è la capacità di modificare in meglio una malattia o un malessere.

Insomma mentre il **dottore** di ieri doveva essere **disponibile ed efficace**, il medico di oggi deve essere **competente ed efficiente**.

Ieri sera a Legnago c'era una riunione sindacale FIMMG.

Sono in pensione da sei anni, ma sono ancora iscritto al sindacato. Così l'invito è arrivato anche a me, e dal momento che la serata era libera da impegni, anziché starmene in poltrona a guardare la TV, ho voluto andarci.

Ho avuto modo di incontrare colleghi con i quali ho condiviso gli anni di professione, ma ho avuto soprattutto l'occasione di incontrare tanti colleghi giovani che hanno iniziato da poco a fare il Medico di Famiglia. Qualcuno frequenta ancora o ha appena concluso il corso di formazione specifica. Gli argomenti all'ordine del giorno erano: ruolo unico, scelta tra libera professione e dipendenza, accordi aziendali e regionali, nuova convenzione.

A focalizzare la discussione è stato l'argomento "guardia medica", lavoro notturno e lavoro nel fine settimana. Perché con la nuova convenzione sa-

rebbe prevista la scomparsa dei due ruoli, medico di famiglia e medico di continuità assistenziale, con la nascita di un unico ruolo in cui chi fa il medico di famiglia dovrà lavorare 38 ore settimanali suddivise tra attività ambulatoriale, domiciliare e "guardia medica" con i relativi turni notturni e di fine settimana, nonché nei giorni festivi e prefestivi.

Ho così scoperto che tanti giovani colleghi questa previsione non la condividono proprio.

Qualcuno di loro affermava di avere scelto la Medicina Generale proprio perché contava di non dover lavorare di notte ed il fine settimana.

Una indagine condotta tra quelli iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale avrebbe dato addirittura come risultato che se quella previsione dovesse avverarsi metà di loro cambierebbe specializzazione. Sconcertato, ma anche preoccupato dal momento che l'età mi condurrà inevitabilmente a dover contare sull'opera dei miei giovani colleghi, avrei voluto intervenire anch'io.

Per ricordare ai quei giovani che quando ho iniziato a fare il medico di famiglia io, la "guardia medica" non

c'era. Non c'era neppure il pediatra di libera scelta, per cui quando c'era il bimbo con 38 di febbre la mamma mi chiamava anche di notte. Che allora c'erano anche le epidemie di morbillo e di varicella. Che chi, come il mio amico Bepi Sartori, faceva il medico condotto, era in servizio 24 ore al giorno per 365 giorni l'anno.

Che se si erano iscritti a medicina pensando di poter fare un lavoro fisso senza turni notturni e nei fine settimana, non avevano ben considerato che la malattia quei turni non li rispetta.

Che il nostro mestiere è quello di curare chi ne ha bisogno, quando ne ha bisogno, non solo i giorni feriali e dalle 8.00 alle 20.00.

Che quello che avevano scelto era di fare il medico, non l'impiegato.

Poi ho pensato che dal momento che gli animi non erano proprio distesi, che non sono più in servizio con il loro ruolo, che quella era la loro riunione, non la mia, che ero ad una riunione sindacale dove ero semplicemente un ospite....., era quindi meglio se quelle mie considerazioni gliel'ero facevo conoscere con questo scritto e non di persona.



ROBERTO MORA

Morbillo in Europa: nel 2024 casi decuplicati e l'87% non è vaccinato

Il morbillo rialza pericolosamente la testa in Europa. I contagi sono infatti decuplicati in un anno e nel 2024 se ne contano 35mila, con 23 morti, rispetto ai 3.973 nel 2023. Un trend preoccupante segnalato dal rapporto annuale sulle attività di sorveglianza realizzato dall'European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc), ed a spiccare sono anche altri due dati: l'Italia è al secondo posto per numero di contagi, con 1.057 casi, mentre l'87% delle persone che ha contratto l'infezione non era vaccinato e l'8% era vaccinato con una

sola dose. Dopo che negli anni della pandemia si è osservato quasi un azzeramento dei contagi, rileva l'Ecdc, a partire dal 2023 è cominciato un progressivo aumento dei casi in quasi tutti i paesi europei. Nel balzo in avanti del 2024 gioca un ruolo di primo piano la Romania, dove si è concentrato oltre l'85% dei casi osservati in Ue (30.692). La Romania è anche il Paese in cui si sono verificati più decessi: 22 dei 23 totali. L'ultimo è stato registrato in Irlanda. L'Italia, con 1.057 casi, è il secondo Paese per numero assoluto di contagi, con una crescita di oltre 20

volte rispetto al 2023 quando erano state contate 44 infezioni. Seguono la Germania (638 casi), l'Austria (542), il Belgio (527). La vaccinazione è dunque fondamentale, ma ogni anno, "oltre mezzo milione di bambini non si sottopone alle vaccinazioni di routine, portando a un accumulo di bambini e adulti vulnerabili alle malattie prevenibili dal vaccino", è l'allarme lanciato dal direttore regionale dell'Oms per l'Europa Hans Henri P. Kluge e dalla direttrice regionale dell'Unicef per l'Europa e l'Asia centrale Regina De Dominicis. Soprattutto a causa del calo delle

vaccinazioni, ricordano, stanno riemergendo malattie che si pensavano quasi debellate. I casi di pertosse, ad esempio, hanno raggiunto 87 mila nel 2023, il numero più alto in 29 anni. In aumento anche la difterite: 578 nel 2022 e 264 nel 2023, rispetto a meno di 100 in ciascuno dei 13 anni precedenti. Anche nelle Americhe, secondo i dati dell'ultimo bollettino Oms, la situazione è critica: dal 1 gennaio al 18 aprile 2025, sono stati confermati 2.318 casi di morbillo e tre decessi, un aumento di 11 volte rispetto ai 205 contagi segnalati nello stesso periodo del 2024. A fare la parte del leone gli Stati Uniti con 800 casi confermati, e l'Oms considera il rischio legato alla diffusione del morbillo nelle Americhe come elevato. "Questi dati dimostrano che i vaccini proteggono e se non ci si vaccina varie malattie possono ritornare, ed il morbillo è un classico esempio. Ce lo dovevamo aspettare e questo deve fare riflettere, perché il morbillo è una minaccia essendo una malattia che può essere mortale. Quindi abbiamo il dovere di vaccinarci non solo per noi ma anche per evitare di trasmettere l'infezione agli altri ed ai soggetti più fragili", afferma all'ANSA il farmacologo Silvio Garattini, lanciando un appello ai genitori: "Siate responsabili e vaccinate i vostri bambini, poiché non è giusto sottoporli a dei rischi, fino al pericolo di morte. Al contrario, i vaccini sono sicuramente

efficaci". Si tratta di dati preoccupanti, che "dimostrano come un calo nelle coperture vaccinali sia lo strumento per la ripresa di malattie importanti e gravi per la salute che credevamo di aver fatto scomparire", anche secondo il presidente della Società italiana di pediatria (Sip), Rino Agostiniani. Anche negli ultimi casi avuti in Italia nel 2025, che "sono già stati 227, ben 8 erano bambini sotto l'anno di età. Questi piccoli contagiati – ha spiegato – rappresentano una categoria di bambini che non ha ancora potuto avvalersi della vaccinazione che parte dai 12-15 mesi di età e sono proprio quelli che possono essere protetti solo attraverso una copertura più ampia della popolazione che impedisca la trasmissione della malattia". Quindi, conclude il presidente Sip, "mantenere alte le coperture vaccinali, oltre che una protezione del singolo, è anche uno strumento di protezione delle categorie più fragili che non possono vaccinarsi o perché di età non indicata o per patologie particolari che rendono controindicato il vaccino". Grave epidemia di morbillo anche dall'altro capo del mondo. In Texas il 26 febbraio sono morte due persone, una delle quali era un bambino di dieci anni non vaccinato. È la prima volta che si registrano decessi per morbillo negli Stati Uniti dal 2015. Gli esperti spiegano che con il Covid è cresciuta l'esitazione vaccinale e le campa-

gne non vax hanno fatto il resto. Al momento si contano già oltre 150 casi segnalati (tra Texas, New Mexico, Kentucky e New Jersey), e alcuni giorni fa è stato lanciato un allarme all'aeroporto di Los Angeles dopo l'arrivo di un passeggero contagiato su un volo da Seul. Il 26 febbraio, dopo la notizia del bimbo deceduto a Lubbock, il nuovo ministro della sanità Usa Robert Kennedy Jr, fervente no vax, ha cercato di minimizzare i focolai in Texas spiegando: «Incidentalmente ci sono stati quattro focolai di morbillo quest'anno. In questo Paese l'anno scorso ce ne sono stati 16. Così non è inconsueto. Abbiamo epidemie di morbillo tutti gli anni». Kennedy ha poi aggiunto che i 20 casi finiti in ospedale sono stati ricoverati solo per evitare ulteriori contagi «mettendoli in quarantena», mentre a Lubbock, la dottoressa che ha avuto in cura i malati al Covenant Children's Hospital ha detto alla Nbc che quasi tutti i bambini avevano problemi di respirazione e che nessuno di loro era vaccinato. Il morbillo ha colpito nei primi mesi dell'anno oltre 150 persone. Oltre 60 di questi si sono registrati tra bambini e ragazzi di età scolare mentre e quasi 40 avevano meno di 4 anni.

FONTE ANSA



I padri veronesi della medicina

RASSEGNA STORICO-ETICA

*Tra medicina e filosofia nel Rinascimento.
Il contributo di Girolamo Fracastoro*INNOVAZIONE MEDICA E CHIRURGICA ALL'ALBA DEL NOVECENTO
I MEDICI DELL'OSPEDALE S. ANTONIO DI VERONAGIAMPAOLO TRENTINI
NICOLÒ NICOLI ALDINI
SARA PATUZZO MANZATI

Il Rinascimento costituisce una delle epoche più feconde della storia europea, contraddistinta da un rinnovamento radicale in ambito culturale e sociale, scientifico, artistico e filosofico. Questo periodo, sviluppatosi tra la fine del XIV e il XV secolo, segna una frattura con la visione del sapere ancorata all'autorità degli antichi secondo il principio dell'*ipse dixit*, inaugurando una nuova concezione della conoscenza fondata sull'osservazione e la verifica empirica. In ambito naturalistico, l'esplorazione geografica e la scoperta del continente americano portano all'introduzione in Europa di numerose specie vegetali e animali fino ad allora sconosciute, contribuendo a incrinare l'idea, ancora largamente diffusa nel Medioevo, che tutto il sapere rilevante fosse già contenuto nei testi classici greci e latini. La progressiva apertura verso ciò che era "nuovo", che si trattasse di terre, organismi viventi o idee, prepara il terreno per le grandi rivoluzioni scientifiche dei secoli successivi, tra cui spicca quella galileiana, fondata sul metodo sperimentale e destinata a trasformare radicalmente la visione del mondo.

Anche la medicina viene investita da questo spirito innovatore. Si assiste all'emergere di una nuova concezione del sapere medico, basata sull'indagine diretta del corpo umano attraverso la dissezione, in netto contrasto con l'autorità indiscussa delle dottrine galeniche e aristoteliche. Il bolognese Mondino de' Liuzzi (1270-1326), già nel XIV secolo promuove l'uso sistematico dell'autopsia come strumento di apprendimento anatomico, ponendo le basi per quella che sarebbe divenuta la moderna anatomia. Il suo approccio sarà ripreso e perfezionato nel XVI secolo da Andreas Vesalius (Andrea Vesalio, 1514-1564), la cui opera *De humani corporis fabrica* (1543) rappresenterà una pietra miliare nello studio scientifico del corpo umano. Questo percorso di progressivo superamento dei dogmi culminerà nel XVIII secolo con Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), fondatore dell'anatomia patologica, il quale stabilì il principio secondo cui ogni malattia deve trovare la propria spiegazione in lesioni organiche specifiche, riconoscibili attraverso l'esame autoptico.

Parallelamente, si trasformava profondamente anche la figura del medico. Formatosi nelle prestigiose università italiane, in particolare Bologna e Padova, autentici centri di irradia-

zione del sapere scientifico, il medico rinascimentale cessa di essere un semplice praticante, spesso legato a tradizioni e superstizioni, per divenire uno studioso colto e poliedrico, con competenze che abbracciano la filosofia naturale, la matematica, la fisica e persino l'astronomia⁽¹⁾. Tale evoluzione riflette un ideale umanistico di sapere universale, secondo cui la medicina non può prescindere da una solida base culturale e scientifica complessiva. In questo contesto, la medicina si affranca progressivamente dalla sfera del magico-religioso per affermarsi come disciplina scientifica autonoma, fondata su criteri razionali e osservazioni verificabili.

Tra le figure più eminenti del panorama scientifico e intellettuale del Rinascimento si annovera il medico e filosofo veronese Girolamo Fracastoro, il cui contributo si colloca a pieno titolo nel solco del rinnovamento culturale e scientifico dell'epoca. Come attestano i numerosi studi a lui dedicati nel corso dei secoli, la sua opera articolata e poliedrica ha suscitato vasto interesse sia in ambito medico, sia in quello letterario e filosofico⁽²⁾. Tra i suoi rivali, in senso più scientifico che personale, si distingue Giambattista Da Monte, altro protagonista della medicina del tempo⁽³⁾.

Nato a Verona nel 1478, benché al-

(1) Girolamo Fracastoro, "Homocentricorum sive de stellis", in "Opera omnia", Giunta, Venezia 1555.

(2) Roberto Massalongo, "Girolamo Fracastoro e la rinascenza della medicina in Italia", Premiate Officine Grafiche di Carlo Ferrari, Venezia 1915.

(3) Paul Esnard Bechet, "Hieronimus Fracastorius, a brief survey of his life and work on syphilis Archives of dermatology an Syphylogy", vol. 26., pp. 888-893, Arch. Derm. Syph. 1932.

cune fonti indichino il 1475 o il 1483⁽⁴⁾, Fracastoro proviene da una nobile e illustre famiglia veronese: figlio del veronese Paolo Filippo Fracastoro e di Camilla Mascarella, appartenente a una famiglia vicentina. La sua genealogia familiare vanta personaggi di rilievo, tra cui Aventino Fracastoro, medico personale di Cangrande della Scala, Gualvano, rinomato giurista del XIV secolo, un secondo Aventino, condottiero, e lo stesso Paolo Filippo, noto per aver sostenuto l'ingresso di Verona nella sfera di influenza della Serenissima Repubblica di Venezia. Avviato agli studi presso l'Università di Padova, centro di eccellenza per la formazione medico-scientifica e umanistica, Fracastoro approfondisce con entusiasmo i fondamenti della letteratura trasmessigli dal padre, sviluppando una solida conoscenza della prosa e della poesia latina. Accanto agli studi letterari, egli si dedica con pari impegno alla filosofia naturale, frequentando le lezioni di Pietro Pomponazzi (1462-1525), pensatore di spicco dell'aristotelismo rinascimentale, noto per la sua interpretazione razionalistica dei fenomeni tradizionalmente attribuiti a cause soprannaturali. In tale contesto, Fracastoro assimila una visione del mondo ispirata alla ricerca delle cause naturali e ancora ignote dei fenomeni ritenuti miracolosi o demoniaci, ponendosi così in linea con il progressivo affrancamento della scienza dai vincoli teologici. Fracastoro si dedica con passione e rigore a molteplici ambiti del sapere, in particolare alle scienze naturali sotto la guida di Nicolò Leonico Tomeo (1456-1531) e alle scienze matematiche, ritenute già all'epoca fondamentali per la comprensione dei fenomeni fisici. Coltiva anche l'astronomia, ma

è alla medicina che riserva il massimo impegno, sia nella pratica, sia nella riflessione teorica. Tra i suoi maestri figurano alcuni tra i più eminenti medici del Rinascimento, come Girolamo Della Torre (1444-1506), medico veronese e amico di famiglia, attivo presso l'Università di Padova, e suo figlio Marco Antonio (1481-1511). Importanti sono anche gli insegnamenti degli anatomisti Alessandro Achillini (1463-1512) e Alessandro Benedetti da Legnago (1450 ca-1512), quest'ultimo promotore della costruzione del primo grande teatro anatomico dell'ateneo patavino⁽⁵⁾.

Nel 1502, Fracastoro inizia a insegnare logica e poco dopo riceve il titolo di *Conciliarius Anatomicus*, uno dei dodici membri del collegio della Facoltà degli Artisti con incarichi di vigilanza sulla didattica anatomica⁽⁶⁾. Mantiene questo ruolo fino al 1507⁽⁷⁾, quando l'occupazione militare straniera costringe alla sospensione dell'attività universitaria. Su invito del generale veneziano Bartolomeo Alviano (1455-1515) si trasferisce a Pordenone, dove aderisce all'Accademia friulana, di recente fondazione, insieme agli amici Andrea Navagero (1483-1529) e Giovanni Cotta da Legnago (1480 ca-1510)⁽⁸⁾.

Dopo la sconfitta di Alviano nella battaglia di Agnadello e la morte del padre (1509), Fracastoro fa ritorno a Verona, dove vivrà stabilmente a Verona, a parte qualche occasionale spostamento per consulti richiesti da famiglie nobili e reali⁽⁹⁾. La città, anch'essa devastata dalla guerra, ha subito saccheggi e perdite ingenti, che colpiscono anche il patrimonio familiare. Nonostante le difficoltà, egli inizia da subito a esercitare la professione medica, guadagnandosi rapi-

damente fama e riconoscimento. La sua pratica, fondata su studio e osservazione, si distingue per competenza, umanità e disinteresse economico, specialmente verso i poveri. Nel 1505 entra a far parte del Collegio dei Medici di Verona, di cui diviene in seguito anche priore. In questo contesto stringe amicizia con Gian Matteo Giberti, futuro vescovo della città, del quale diviene medico personale⁽¹⁰⁾. Le sue indicazioni terapeutiche si basano su osservazioni sperimentali e su una vasta conoscenza delle scienze naturali, in particolare della botanica, da cui trae la maggior parte dei rimedi.

Fracastoro vive in un clima intellettuale e sociale vivace, sostenuto dalla prosperità delle repubbliche marinare, dal mecenatismo di uomini d'arme e politici, e dal fervore culturale italiano per la conoscenza⁽¹¹⁾. Mantiene rapporti con molti dei più noti scienziati e filosofi del tempo, e gode della stima di figure potenti. Secondo alcune fonti, Margherita di Navarra tenta di attirarlo alla propria corte, ma Fracastoro rifiuta l'invito (anche se si tratta di una circostanza messa in dubbio dalla filologa Wilmer Cave Wright⁽¹²⁾). Per la sua autorevolezza scientifica, papa Paolo III lo nomina medico ufficiale del Concilio di Trento. In tale veste, Fracastoro sostiene anche la necessità di trasferire i lavori conciliari a Bologna in seguito allo scoppio di un'epidemia di tifo petecchiale.

Studioso e divulgatore poliedrico, Fracastoro è autore di opere che spaziano dall'astronomia alla filosofia naturale, dalla biologia alla paleontologia. In tutte le sue riflessioni è centrale l'idea che le cause dei fenomeni naturali vadano ricercate in meccanismi reali, magari ancora ignoti, ma

(4) Francesco Pellegrini, "Girolamo Fracastoro", Atti e memorie dell'Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona, vol. 130, pp. 145-170, 1955.

(5) Idem

(6) Idem

(7) Paul Esnard Bechet, "Hieronimus Fracastorius, a brief survey of his life and work on syphilis Archives of dermatology an Syphylogy", op. cit.

(8) Antonio Cattaneo, "Vita di Gerolamo Fracastoro", in "Vite e ritratti di illustri italiani", Tip. Alla Volpe, Bologna 1844.

(9) Francesco Pellegrini, "Girolamo Fracastoro", op. cit.

(10) Enrico Peruzzi, "Fracastoro, Girolamo", in "Dizionario biografico degli italiani", Treccani, vol. 49, 1997.

(11) Arturo Castiglioni, "Gerolamo Fracastoro e la dottrina del *contagium vivum*", Gesnerus n. 8, pp. 52-55, 1951.

(12) Paul Esnard Bechet, "Hieronimus Fracastorius, a brief survey of his life and work on syphilis Archives of dermatology an Syphylogy", op. cit.

razionali, ben lontani dalle interpretazioni soprannaturali che fino ad allora avevano dominato il pensiero medico e scientifico. In ambito astronomico, è tra i primi a osservare che la coda delle comete si dispone sempre in direzione opposta al Sole e anticipa alcune proposte per la riforma del calendario. In paleontologia, interpreta correttamente l'origine fossile dei reperti di Bolca, intuizione confermata soltanto secoli dopo. Tuttavia, è nei suoi scritti medici che si rivela con maggiore chiarezza il suo spirito anticipatore: in essi si trovano concetti e prospettive che prefigurano sviluppi destinati a compiersi pienamente solo nella medicina moderna.

La vita e l'opera di Fracastoro si intrecciano con la storia di una nuova e devastante malattia infettiva che, tra la fine del Quattrocento e l'inizio del Cinquecento, colpisce l'Italia e l'intero continente europeo: la sifilide. Allora definita "egritudine scoperta in questa nostra etate", solo nei secoli successivi verrà pienamente identificata come infezione luetica. Sebbene resti aperta la discussione circa la sua origine americana e la possibile introduzione in Europa da parte dei marinai di Cristoforo Colombo dopo il 1492⁽¹³⁾, è certo che la diffusione del morbo nella penisola italiana coincide con la discesa in Italia delle truppe di Carlo VIII di Francia nel 1494. L'occupazione di Napoli, seguita dalla ritirata francese e dalla battaglia di Fornovo del 6 luglio 1495, funge da detonatore per l'espansione dell'infezione, che si propaga rapidamente in tutto il continente europeo⁽¹⁴⁾. Il morbo, inizialmente associato ai territori occupati, riceve denominazioni differenti a seconda della nazionalità di chi ne subisce le conseguenze. I francesi lo definiscono *mal de Naples*, alludendo alla città dove inizialmente si manifesta; gli italiani, in risposta, parlano di *mal francese*. In un'escalation di reciproche imputazioni, per gli olandesi è *vaiolo hispanico*, per i portoghesi *morbo ca-*

stigliano, in India *morbo portoghese*. Nessun'altra patologia, prima o dopo, riceve una tale varietà di denominazioni cariche di implicazioni nazionali e stigmatizzanti. Il chirurgo militare veneziano Marcello Cumanò osserva i segni del morbo su numerosi feriti a Fornovo⁽¹⁵⁾, mentre il cronista fiorentino Luca Landucci descrive nel suo diario l'apparizione di "bolle franciose", pustole simili al vaiolo, per le quali non si conosce cura, sottolineando il progressivo peggioramento della malattia⁽¹⁶⁾. Il contagio non conosce confini né classi sociali, e la trasmissione sessuale, compresa sin da subito, contribuisce alla percezione infamante del morbo.

A tale contesto Fracastoro si ispira per pubblicare nel 1530 a Verona il poema *Syphilis sive de Morbo Gallico*, dedicato all'umanista e futuro cardinale Pietro Bembo (1470-1547). L'opera rappresenta un raffinato connubio di letteratura classica, scienza medica e filosofia naturale⁽¹⁷⁾. In 1300 versi, Fracastoro racconta la vicenda mitica del pastore Sifilo, punito da Apollo con una malattia che lo ricopre di piaghe (*turpes per corpus achores*) per aver osato sfidare la divinità. Da questo personaggio deriva il nome della patologia *Syphilis: Syphillidemque ab eo labem dicere*. L'opera, letta e valutata anche da Andrea Navagero e ritenuta da molti come il miglior poema latino del Rinascimento, conosce un'enorme diffusione: 109 edizioni in latino, 28 in italiano, 13 in inglese, 9 in francese, 6 in tedesco, 1 in spagnolo e 1 in portoghese. Oltre al valore poetico, il testo ha anche notevole rilevanza medico-scientifica: Fracastoro descrive accuratamente i sintomi della malattia, le sofferenze fisiche e psichiche che essa comporta, e ne indica i rimedi allora in uso, come il mercurio e il *lignum vitae* (guaiaco), recentemente importato dalle Americhe. Nonostante la chiarezza concettuale della sua esposizione, la denominazione *sifilide* tarda a imporsi nel

lessico medico. Solo nel 1717⁽¹⁸⁾, con la prima traduzione inglese del poema, il termine entra progressivamente nella letteratura scientifica, prima nei paesi anglosassoni, poi in quelli francofoni e infine anche in Italia nel corso dell'Ottocento. Già nel XVI secolo, però, il medico francese Jean-François Fernel (1497-1558) introduce il termine *lue venerea*, da *lues* (morbo, pestilenza), che si impone con accezione più generica. Lo stesso Fracastoro utilizza il termine nell'*incipit* del poema: *insolita peperere luem*.

Tuttavia, l'opera medica più rilevante e innovativa di Fracastoro è *De contagione et contagiosis morbis et eorum curatione*, pubblicata nel 1546. In questo trattato, il medico veronese espone una teoria del contagio straordinariamente moderna, anticipando intuizioni che la microbiologia avrebbe formalizzato solo secoli dopo. Fracastoro definisce il contagio come «un'infezione specifica che passa da un soggetto all'altro» e ipotizza l'esistenza di particelle patogeniche invisibili ai sensi umani, che egli denomina *seminaria morbi*. Queste «particelle sottilissime che i nostri sensi non possono vedere», diverse per ogni tipo di malattia, si propagano per contatto diretto, attraverso oggetti contaminati (ad esempio indumenti o superfici in legno, in grado di conservare l'infezione per anni), oppure a distanza.

Fracastoro rifiuta l'idea unitaria di *pestilentia* come entità nosologica unica, distinguendo tra varie malattie contagiose: peste, tifo petecchiale (la cui epidemia lo spinge a consigliare il trasferimento del Concilio di Trento a Bologna), sifilide, vaiolo, morbillo, rabbia, tubercolosi. A quest'ultima dedica un intero capitolo, *De phthisi contagiosa*, nel quale ipotizza, con acume sorprendente, l'esistenza di germi specifici con una particolare affinità per il tessuto polmonare. Egli riconosce inoltre che alcune malattie si trasmettono solo entro specifici gruppi: alcune colpiscono i bambini

(13) Kenneth F. Kiple, "The Cambridge history of human diseases", Cambridge University Press, 1993.

(14) Eugenia Tognotti, "L'altra faccia di Venere. La sifilide dalla prima età moderna all'avvento dell'AIDS (XV-XX sec.)", Franco Angeli, Milano 2006.

(15) Idem, pag. 37.

(16) Idem, pag. 40.

(17) Elisa Tinelli, "Storia letteraria delle malattie", Dedalo, Bari 2024, p. 152.

(18) Eugenia Tognotti, "L'altra faccia di Venere. La sifilide dalla prima età moderna all'avvento dell'AIDS (XV-XX sec.)", op. cit., p. 58.

ma non gli anziani, altre si manifestano più frequentemente tra gli uomini che tra le donne. Fracastoro osserva anche come certi individui risultino naturalmente refrattari al contagio. Attribuisce capacità infettiva all'aria e all'acqua contaminate, ai cadaveri e agli insetti, e propone misure igieniche e terapeutiche fondate su tali osservazioni.

Nel pensiero di Girolamo Fracastoro si riflette pienamente lo spirito del Rinascimento, espresso attraverso la fiducia nella ragione, l'aspirazione all'unità del sapere e la tensione umanistica verso una forma di conoscenza capace di integrare scienza, arte e filosofia. Tale visione si traduce in una concezione articolata della conoscenza e della mente umana, che coniuga elementi empirici, fisiologici e razionali entro un impianto teorico innovativo per l'epoca. In particolare, egli propone un'interpretazione alla conoscenza umana, *in primis* quella medica, orientata in senso empirico e critica nei confronti delle spiegazioni tradizionali fondate su principi occultistici, ancora largamente adottate per interpretare fenomeni quali le malattie contagiose. Questa va piuttosto analizzata scientificamente in quanto il più straordinario dei *mirabilia*⁽¹⁹⁾: un fenomeno naturale, le cui cause vanno ricondotte alle relazioni e alle influenze reciproche tra oggetti e corpi, interpretabili in termini di attrazione (*simpatia*) o di repulsione (*antipatia*), generate da forze invisibili ma immanenti⁽²⁰⁾. Lo stesso principio empirico è alla base della sua teoria epistemologica, che anticipa molte delle intuizioni moderne dell'empirismo⁽²¹⁾. Fracastoro rigetta ogni concezione innatista della conoscenza e propone, invece, una spiegazione secondo

la quale il sapere si sviluppa progressivamente attraverso un processo di maturazione intellettuale. Le idee e i concetti non preesistono all'esperienza, ma traggono origine dalle *species*, ovvero le impressioni sensoriali ricevute dall'anima attraverso l'interazione con il mondo esterno. Queste *species* costituiscono le unità elementari della conoscenza, che la mente elabora e organizza progressivamente in strutture sempre più complesse. La transizione dai concetti particolari a quelli astratti e universali avviene per sovrapposizione e connessione di *species* simili, secondo un processo dinamico che rende la conoscenza il risultato di un'elaborazione attiva e costante dei dati sensoriali⁽²²⁾. È proprio tale abilità di disgiungere e comporre i dati sensoriali per generare gli universali, costruendo così una conoscenza sempre più complessa e raffinata, che rende l'uomo unico nel regno naturale. Infatti l'uomo, grazie alla sua anima con la facoltà di astrazione e riflessione, è in grado di superare i limiti della percezione sensoriale e di ottenere una conoscenza che trascende l'apparenza fenomenica⁽²³⁾. Il superamento della visione religiosa e dogmatica si rintraccia anche nella prospettiva morale di Fracastoro, volta a fondare l'etica su basi naturali e razionali. Nell'indagine sull'origine e sulla funzione delle qualità morali nell'esistenza individuale e collettiva, le virtù sono definite come disposizioni stabili dell'anima che orientano l'agire umano secondo la retta ragione, in accordo con la *phronesis* aristotelica. Esse non sono innate, ma si formano attraverso l'educazione e l'esercizio, rappresentando il mezzo per raggiungere l'*eudaimonia*, intesa come compimento della natura ra-

zionale dell'uomo. I vizi, al contrario, costituiscono deviazioni da tale razionalità, abitudini dannose che compromettono l'equilibrio dell'anima e il benessere collettivo⁽²⁴⁾.

Accanto alla sua ricca attività intellettuale, la biografia personale di Fracastoro ci restituisce però l'immagine di un uomo profondamente segnato anche dalle esperienze familiari. Dopo aver perso due figli in tenera età, alla partenza della figlia Isabella andata sposa, trascorre gli ultimi anni nella villa di Incaffi in compagnia del figlio Paolo Filippo, con il quale condivide interessi e passioni, tra cui l'allevamento di cani da caccia. Morirà improvvisamente per apoplezia il 6 agosto 1553.

La fama di Fracastoro si diffonde rapidamente e già nel 1555 viene pubblicata una sua prima biografia, anonima ma generalmente attribuita all'amico Paolo Ramusio. A questa seguiranno numerosi altri contributi biografici e critici, tra cui quelli di Andreae Chiocchi (1623), Scipione Maffei (1723), Johann Burckhardt Mencke (1731), Giambattista Conati (1811), Carlo Cattaneo (1844)⁽²⁵⁾ e Emilio Barbarani (1891)⁽²⁶⁾. Fracastoro è inoltre menzionato dallo storico della medicina Kurt Sprengel nella sua *Storia prammatica della medicina* (1812). Nel XX secolo si segnalano gli studi di Roberto Massalongo (1915), dello statunitense Paul E. Bechet (1932) e in particolare di Francesco Pellegrini, cui si devono numerosi articoli e monografie⁽²⁷⁾. Il perdurare dell'interesse per la figura di Fracastoro è attestato anche dal convegno internazionale a lui dedicato nel 2003 in occasione del 450° anniversario della morte⁽²⁸⁾.

Attraverso l'intreccio inscindibile tra sapere scientifico e sensibilità lettera-

(19) Concetta Pennuto, "Simpatia, fantasia e contagio. Il pensiero medico e il pensiero filosofico di Girolamo Fracastoro", Edizioni di Storia e Letteratura, Roma 2008.

(20) Girolamo Fracastoro, "De sympathia et antipathia rerum", Giunta, Venezia 1546.

(21) Marco Matteoli, "Teorie della conoscenza e filosofia nella prima età moderna. Cusano, Fracastoro, Bruno", Carocci, Roma 2022.

(22) Girolamo Fracastoro, "Turrius sive de intellectione dialogus", in "Opera omnia", op. cit.

(23) Girolamo Fracastoro, "De anima dialogus", in "Opera omnia", op. cit.

(24) Girolamo Fracastoro, "De Virtutibus et Vitiis", in "Opera omnia", op. cit.

(25) Antonio Cattaneo, "Vita di Gerolamo Fracastoro", op. cit.

(26) Emilio Barbarani, "Girolamo Fracastoro e le sue opere", Tip. G. Zannoni, Verona 1897.

(27) Si veda ad esempio: Francesco Pellegrini, "Fracastoro", Zigiotti Editore, Collana "Vite di medici e naturalisti celebri", Trieste 1948.

(28) "Girolamo Fracastoro. Fra medicina, filosofia e scienze della natura", Atti del convegno internazionale di studi in occasione del 450° anniversario della morte (Verona-Padova, 9-11 ottobre 2003), a cura di Alessandro Pastore e Enrico Peruzzi, Leo S. Olschki, Firenze 2006.

ria, Girolamo Fracastoro ha anticipato modelli teorici e strumenti concettuali che saranno compiutamente elaborati solo in epoca moderna. La sua opera costituisce un esempio straordinariamente precoce di approccio scientifico alla comprensione delle malattie infettive, fondato sull'osservazione empirica, sulla razionalità naturalistica e sul rigore logico-argomentativo.

La riconoscenza delle due città nelle quali ha esercitato e insegnato, Padova e Verona si è concretizzata anche in omaggi monumentali: Padova gli ha dedicato un busto bronzeo, mentre Verona una statua in marmo, collocata dal 1559 su un arco di Piazza dei Signori, dove si trova ancora oggi. La statua lo raffigura con una sfera nella mano destra, simbolo del mondo e,

secondo una curiosa leggenda popolare, destinata a cadere sulla testa del primo gentiluomo che vi passi sotto. Un'eventualità che, a quanto pare, non si è ancora verificata.

Le stampe propagandistiche dei laboratori farmaceutici Maestretti

Prima parte

Nella libreria dell'ambulatorio di mio papà, medico condotto, trovo 74 tavole raffiguranti figure di animali secondo l'ordine del tempo, che recano sul verso la descrizione dei farmaci dei Laboratori Farmaceutici Maestretti. Sono i primi timidi interessanti esempi di stampe propagandistiche spedite per posta in quella prima metà degli anni '50.

Ad una più attenta lettura rilevo che il mondo animale come carnivori, primati, roditori oppure pesci, e quello vegetale quale ad esempio la flora alpina o i funghi, erano classificati secondo la sistematica di quegli anni, labile ricordo di quanto allora studiato nella materia di Scienze nel mio secondo anno di liceo scientifico. Ora tutto è cambiato e più complesso, e per esempio la classe degli uccelli comprende quattro ordini e duecentoquarantacinque famiglie.

Mi colpiscono l'accuratezza ed i colori di quelle creazioni grafiche, illustrate in modo mirabile dal disegnatore Edouard Travies (fig.1). Il verso di ogni tavola descrive un farmaco della Maestretti, la chimica farmaceutica di allora. Questi documenti scientifici e culturali destinati ai medici di quei pur non lontani anni '50, anni che oggi sembrano appartenere ad un'altra era geologica della medicina, ci fanno conoscere le possibilità terapeutiche di



Figura 1



Figura 2

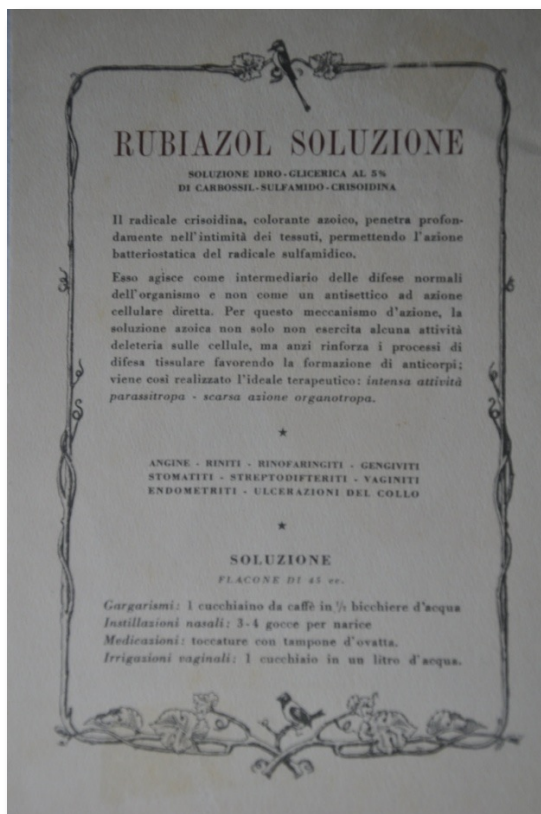


Figura 3

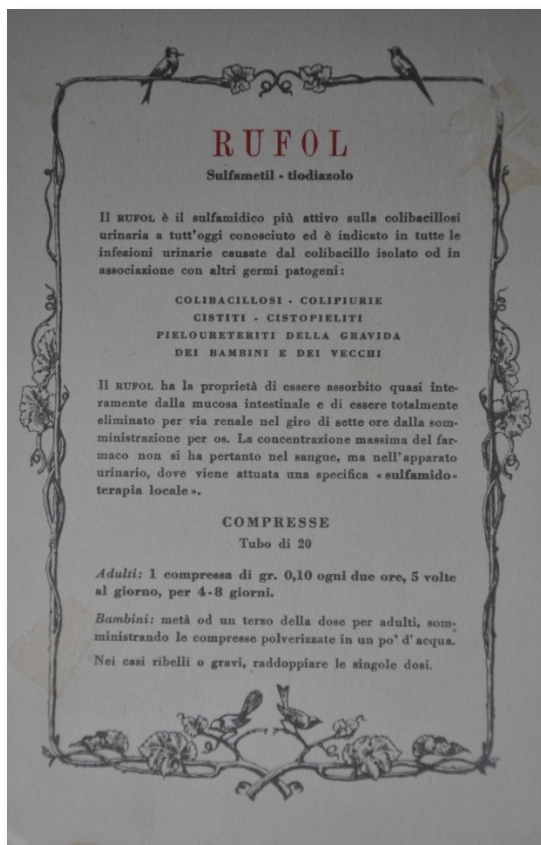


Figura 4

cui già si poteva disporre allora.

Il retro dell'immagine del "Casuario dell'Elmo" (fig. 2) propone Rubiazol soluzione (fig.3), che contiene un radicale sulfamidico con proprietà antibatteriche. Il Rufol (fig.4), indicato delle infezioni delle vie urinarie da E. Coli, è propagandato dal rapace "Serpentario" (fig.5). Inotyol sulfamidico è una pomata utile nelle piodermiti (fig.6) ed è il verso dei disegni di due Rapaci, il Condor ed il Gufo reale (fig.7). In questi farmaci erano inseriti dei composti scoperti nel 1935 dal medico tedesco Gerhard Domagk, che aveva evidenziato le capacità batteriostatiche del Prontosil rosso, un colorante usato nell'industria tessile: era la sulfanilamide, una rivoluzione, perché di lì nasceva la cura contro le temibili malattie infettive. Ancor oggi il sulfametossazolo-trimetoprim è tuttora una valida alternativa terapeutica in molte malattie batteriche. Ancor di più poterono le penicilline: nel 1928 il medico scozzese Alexander Fleming notò che una muffa, che aveva contaminato una delle sue colture, portava alla distruzione dei batteri. In realtà il potere antibatterico delle muffe era stato evidenziato molto prima, nel 1895, dal medico della Marina Militare Vincenzo Tiberio, ma la scoperta non ebbe seguito. Andiamo alle immagini di due passeracei, la "Paradisca regia" e il "Galletto di monte"(fig.8): sul retro, la descrizione di una penicillina idrosolubile,

la "Aqua-pen-chinyl I.R." (fig.9). Si era entrati nell'"epoca d'oro degli antibiotici", vent'anni di successi dagli anni '40 fino al 1960. Nel 1940 erano nate infatti la penicillina, le tetracicline e la streptomina; quest'ultima fu messa in circolazione nel 1947 per la terapia della tubercolosi, grazie ai primi studi sperimentali di Omodei-Zorini nel Sanatorio Forlanini di Roma. Nello stesso anno si produceva il cloramfenicolo, cioè la "Cloromicetina", primo antibiotico ad essere prodotto commercialmente per sintesi. La SPA (Società prodotti farmaceutici) rendeva disponibili le penicilline "Supercillin" in fiale e "Prontocillin" in compresse, la Farmitalia la "Bipenicillina", e la Lepetit nel 1953 sintetizzava la "Sintomicetina".

L'"Acromicina" era una tetraciclina Lederle per os. Nei primi anni '50 la Pfizer distribuiva "Combiotic", combinazione di streptomina e penicillina. Nel 1950 comparivano i macrolidi, i nitrofurani e i glicopeptidi, e dal 1960 erano disponibili lincosamidi, cefalosporine e chinolonici. Dal 1970 ecco la fosfomicina, dopo due anni l'amoxicillina, dal 1980 i monobattami. Da quei tempi però la ricerca farmaceutica non ha più prodotto significative molecole che abbiano contribuito a grandi progressi in questo campo. Questi documenti evidenziano quindi come il medico degli anni '50 disponesse già di questi efficaci chemioterapici, pietra miliare nella storia della medicina, che contribuirono a sconfiggere le malattie infettive batteriche, con un aumento significativo della vita media; la loro efficacia si doveva in più all'assenza allora, per il loro limitato uso, del fenomeno della resistenza batterica, che tanto preoccupa ai nostri giorni. Di contro, la chimica farmaceutica era allora poco raffinata, con eccipienti poco purificati, che potevano essere causa di allergie fino allo shock anafilattico.

(1-continua)

GIUSEPPE CALZAVARA

Bibliografia

1. L. Caprini, "Il farmaco, 7000 anni di storia", Armando editore e AIFA, 2011.
2. Lucia De Frenza, "L'arrivo degli antibiotici in Italia tra cura, ricerca ed informazione", Atti e Memorie, rivista di Storia della Farmacia, 2024



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8

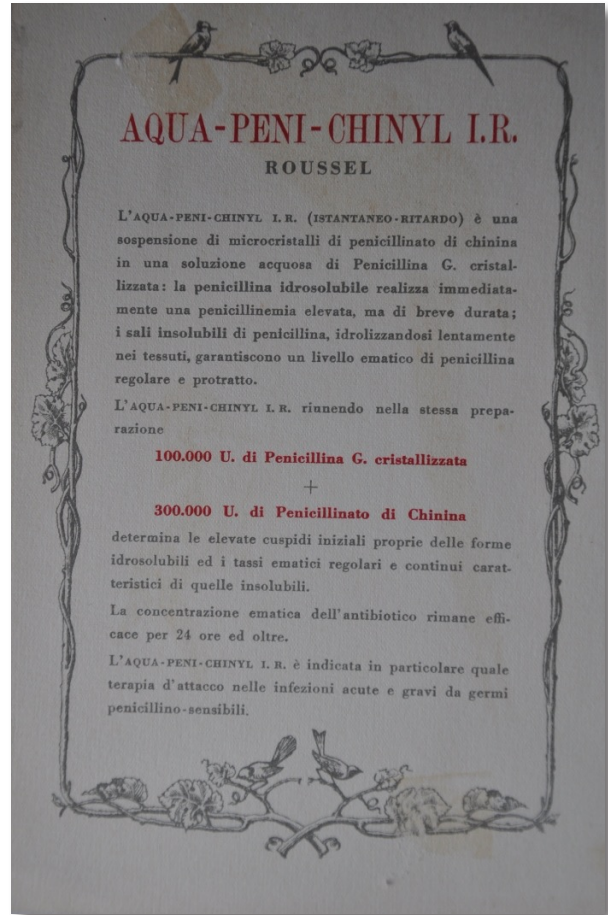


Figura 9

CODICE DEONTOLOGICO 2024

Art. 3

Doveri generali e competenze del medico

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

Rispettate la Convenzione di Ginevra!

"Rispettate la Convenzione di Ginevra! Condanniamo ogni attacco alle strutture sanitarie: malati, feriti e personale sanitario vanno protetti". Questo l'appello lanciato dalla FNOMCeO all'indomani del bombardamento all'Ospedale europeo di Khan Yunis, nella Striscia di Gaza, in cui sono rimaste uccise decine di persone. "Questi attacchi sono violazioni delle convenzioni internazionali - ha dichiarato Filippo Anelli, presidente della fe-

derazione - riteniamo assolutamente intollerabile che gli operatori sanitari e gli ammalati, che già soffrono per le loro malattie, possano essere oggetto di attacchi militari". "Siamo fortemente preoccupati - ha aggiunto Anelli - anche per i nostri colleghi, sia quelli che lavorano negli ospedali pubblici, sia quelli che lavorano nelle agenzie internazionali, perché sono esposti a questi attacchi, mettendo a rischio la propria vita. A loro esprimiamo la no-

stra vicinanza, la nostra solidarietà, e il nostro ringraziamento perché sono i veri testimoni della pace in quel luogo di guerra".

Il comitato centrale della federazione invita al rispetto delle Convenzioni di Ginevra, dove viene stabilito che "gli ospedali civili organizzati per prestare cure ai feriti, ai malati, agli infermi e alle puerpere non potranno, in nessuna circostanza, essere fatti segno ad attacchi".

Proposte FNOMCeO alla Commissione Affari Costituzionali del Governo

SEMPLIFICAZIONE DEI PIANI TERAPEUTICI, AUTO-ATTESTAZIONE DELLE ASSENZE BREVI PER MALATTIA, REGOLE UNICHE PER FARMACIE DEI SERVIZI, MEDICI E STRUTTURE SPECIALISTICHE: LE PROPOSTE FNOMCEO PER FACILITARE LA VITA DEI CITTADINI PRESENTATE IN SENATO DURANTE UN'AUDIZIONE SUL DDL "SEMPLIFICAZIONI"

Piani terapeutici, farmacia dei servizi, certificazioni di malattia per le assenze dal lavoro: sono questi i tre punti sui quali si è focalizzata l'audizione di questa mattina del Presidente della **Fnomceo**, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo **Anelli**, presso la Commissione Affari Costituzionali del **Senato**, sul DDL "**Semplificazioni**".

Per quanto riguarda la prescrizione dei farmaci attualmente sottoposti a registro di monitoraggio e piano terapeutico, la **Fnomceo** è tornata, ancora una volta, a chiedere una semplificazione delle procedure.

"La proposta - ha specificato **Anelli** - è che i farmaci sottoposti a piano terapeutico, dopo un anno di monitoraggio dalla prima prescrizione

dello specialista del SSN per l'avvio del trattamento, possano essere prescritti, senza ulteriori impegni amministrativi, da tutti i medici anche non operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, ferme restando le condizioni di rimborsabilità stabilite dall'Agenzia Italiana del Farmaco per ciascuna specialità medicinale".

"Questo intervento - ha aggiunto - è finalizzato a garantire una maggiore accessibilità alle cure da parte dei pazienti, a ridurre i costi indiretti delle prestazioni sanitarie, a facilitare e semplificare i percorsi di presa in carico, a contribuire alla riduzione delle liste d'attesa e valorizzare la professionalità di tutti i medici italiani.

Ciò al fine di un miglioramento in termini di assistenza dei pazienti fragili, garantendo la continuità terapeutica

del trattamento, senza necessità di un ulteriore passaggio del paziente allo specialista del SSN".

"Nei fatti - ha chiosato - l'accesso semplificato a terapie appropriate e necessarie avrebbe un rilevante impatto sulla qualità di vita dei pazienti". Da qui l'apprezzamento per l'iniziativa dell'**Aifa** che ha istituito un tavolo tecnico per la revisione delle Note e dei Piani terapeutici, e l'auspicio che esso porti a compimento "un lavoro organico volto a una semplificazione e a uno snellimento della burocrazia". A corollario, sempre per agevolare il lavoro prescrittivo dei medici, a beneficio dei cittadini, la richiesta di un'interoperabilità e di una forte cooperazione applicativa tra le piattaforme informatiche nazionali, regionali e aziendali, che oggi dialogano con

fatica.

Sulla “Farmacia dei servizi”, la **Fnomceo** ritiene che “occorrano regole uniche per tutti i cittadini, al fine di assicurare l’uguaglianza nell’accesso alle cure, la qualità e l’appropriatezza delle prestazioni”.

“Siamo in presenza – ha constatato **Anelli** – di una vera e propria trasformazione del ruolo delle farmacie nel nostro Paese. Da dispensatori del farmaco le farmacie si stanno trasformando anche in erogatori di prestazioni specialistiche sanitarie nel SSN, ampliando l’offerta degli erogatori grazie anche alla capillare diffusione delle farmacie sul nostro territorio nazionale”.

“L’auspicio è che le Regioni – ha continuato – insieme al Governo e al Parlamento adottino provvedimenti che prevedano le medesime misure e procedure per l’erogazione delle prestazioni a garanzia della loro qualità, sicurezza e appropriatezza sia che questa avvenga nei locali delle farmacie dei servizi così come in quella dei medici e delle strutture specialistiche. Si ritiene necessario intervenire sul testo, specificando che ai fini dell’autorizzazione all’erogazione dei servizi venga accertato per le farmacie il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti

sulla base dei principi e criteri direttivi previsti dall’articolo 8, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

“Perplessità”, inoltre, sull’erogabilità di prestazioni in assenza di una ricetta medica ossia senza la preventiva valutazione o visita di un medico.

“La motivazione – ha spiegato – è facilmente intuibile: questi accertamenti servono al medico per confermare un sospetto diagnostico o eseguire un monitoraggio della malattia, al fine di valutare l’insorgenza di complicanze o malattie correlate”.

Infine, la certificazione per l’assenza da malattia: ad oggi non è possibile, visto il quadro normativo vigente e le disposizioni del Codice di deontologia, constatare lo stato di salute del lavoratore attraverso servizi di telemedicina, come può essere, ad esempio, una videochiamata.

Tuttavia, la **Fnomceo** si rende disponibile a valutare, anche in sede di Consulta deontologica, l’inclusione della televisita per la certificazione di malattia per l’incapacità temporanea al lavoro.

Di più: secondo la Federazione, la certificazione medica potrebbe essere eliminata per le prognosi brevi, quelle da uno a tre giorni. Sarebbe, in quei casi, il lavoratore ad

auto-attestare l’assenza per motivi di salute.

“Spesso tali assenze – ha spiegato il Presidente – sono correlate a quadri sintomatologici non verificabili con un esame obiettivo, come mal di testa, insonnia o vertigini”.

“L’auto-attestazione da parte del lavoratore – ha concluso **Anelli** – di indisponibilità per motivi di salute per i primi tre giorni di malattia dovrebbe diventare realtà anche in Italia. In presenza di un disturbo che il lavoratore ritiene invalidante ma transitorio questi dovrebbe comunicare direttamente all’INPS la propria indisponibilità per motivi di salute con sua esclusiva responsabilità. I medici, in questo modo, verrebbero liberati da numerose incombenze burocratiche, potendo dedicare maggiormente il loro tempo alla cura dei pazienti”.

In allegato, il testo depositato.

Roma, 5 marzo 2025

Ufficio Stampa Fnomceo:
0636203238 – 347 2359608 –
3371068340 -
informazione@fnomceo.it


Medicina: ora è una professione al femminile

MEDICI, DONNE OLTRE IL SORPASSO: TRA I 40 E I 49 ANNI PRONTE A DOPPIARE GLI UOMINI ANELLI (FNOMCEO): LE PARI OPPORTUNITÀ AL CENTRO DEL PROGRAMMA DEL NUOVO COMITATO CENTRALE. GLI ODONTOIATRI SONO ANCORA PER IL 70 PER CENTO UOMINI MA TRA I PIÙ GIOVANI C'È LA PARITÀ

Tra i medici italiani con meno di 50 anni, **sei su dieci sono donne**. E, tra i medici con età compresa tra i **40 e i 49 anni**, la proporzione sale al 64%: **quasi due su tre**. Sono questi alcuni dei dati più ecl-

tanti tra quelli elaborati, come ogni anno, in occasione dell’8 marzo dal **Ced** della **Fnomceo**, la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli Odontoiatri e aggiornati al 18 febbraio scorso. Dati che mo-

strano, nelle fasce d’età più giovani, un leggero incremento della forbice, a favore della quota al femminile, rispetto a un anno fa. C’è da dire, tuttavia, che i medici under 50 sono solo il **42%** dei **422511**



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

ISCRITTI PER FASCIA D'ETA' ALBO E GENERE							
FASCIA ETA'	MEDICI UOMINI	MEDICI DONNE	ODONTOIATRI UOMINI	ODONTOIATRI DONNE	DOPPI ISCRITTI UOMINI	DOPPI ISCRITTI DONNE	TOTALE FASCIA D'ETA'
MINORE UGUALE di 24	230	319	41	41	0	0	631
TRA i 25 e i 29	14.244	20.080	1.902	1.959	0	1	38.186
TRA i 30 e i 34	20.725	25.986	3.178	2.655	17	8	52.569
TRA i 35 e i 39	14.289	20.587	2.874	2.122	45	16	39.933
TRA i 40 e i 44	11.192	20.012	2.504	2.023	41	15	35.787
TRA i 45 e i 49	10.906	18.421	3.079	2.261	43	15	34.725
TRA i 50 e i 54	11.186	15.663	2.998	1.611	85	41	31.584
TRA i 55 e i 59	13.802	14.098	3.428	1.453	678	255	33.714
TRA i 60 e i 64	23.376	18.818	3.012	976	3.265	906	50.353
TRA i 65 e i 69	37.199	23.180	1.434	360	7.909	1.672	71.754
TRA i 70 e i 74	37.847	15.342	890	138	5.361	656	60.234
MAGGIORE UGUALE di 75	29.263	5.746	462	47	2.067	146	37.731
TOTALE GENERALE	224.259	198.252	25.802	15.646	19.511	3.731	487.201
TOTALE ALBO MEDICI	422.511						
TOTALE ALBO ODONTOIATRI			64.690				
TOTALE DOPPI ISCRITTI	23.242						

Elaborazione a cura del CED-FNOMCeO 18 febbraio 2024

iscritti al loro Albo. Percentuale, questa, che fa il paio con i dati Eurostat, che indicano l'Italia come il Paese europeo con i medici ancora attivi più anziani per età. In ogni caso, se consideriamo la platea dei medici **con meno di 70 anni**, tutti potenzialmente ancora in attività anche all'interno del Servizio sanitario nazionale, il quadro cambia, ma di poco: sono ancora le **donne** ad essere in vantaggio, anche se con una percentuale più risicata, il **53%**. Situazione esattamente opposta, invece, se guardiamo al **totale** dei medici iscritti agli Albi: più numerosi sono allora gli **uomini**, con la stessa percentuale del **53%**. Questo perché tra gli over 75 che restano iscritti all'albo, circa 35000, oltre 29000 sono uomini, **l'83%** (un punto percentuale in meno rispetto allo scorso anno). Percentuale che scende al **76%**, rimanendo comunque elevata, se consideriamo tutti i medici con più di 70 anni. Del resto, quella della femminilizzazione della professione è una tematica moderna: appena cento anni fa, le donne medico in Italia erano circa duecento, per diventare 367 nel 1938. Tra di loro, anche Adelasia **Cocco**, che nel 1914 divenne, con coraggio e determinazione e a dispetto di mille ostacoli, la prima donna medico condotto del nostro Paese, a fronte di 11554 uomini. Medico fu però la prima donna a laurearsi nell'Italia unita: Ernestina **Paper**, originaria di Odesa, che discusse la sua tesi all'Università di Firenze nel 1877; seguita, l'anno dopo a Torino, da Maria **Farné**

Velleda, seconda laureata d'Italia, sempre in Medicina. Ma torniamo al presente. Analizzando i numeri per fasce di età, vediamo che gli uomini sono in maggioranza in tutte le fasce oltre i 60 anni. Si ha una sostanziale parità, con lieve preponderanza femminile, nella fascia tra i 55 e i 59 anni e poi, scendendo ancora con l'età, la tendenza si inverte. Le fasce d'età in cui la stragrande maggioranza dei medici è donna sono, come detto, quelle tra i **45 e i 49 anni** e tra i **40 e 44**. Scendendo ancora, il gap si restringe, ma resta sempre a favore del genere femminile, in tutte le fasce. Il fenomeno della femminilizzazione della professione medica è dunque destinato ad accentuarsi nei prossimi cinque - dieci anni, quando via via i medici con un'età più elevata andranno in pensione e saranno sostituiti dalle fasce con percentuali femminili più elevate, per poi tendere, forse a una situazione di maggior parità. *"Nel nostro Servizio sanitario nazionale le colleghe sono ormai, da almeno cinque anni, la maggioranza - commenta il Presidente della FNOMCeO, Filippo **Anelli** - soprattutto nelle fasce di età dove va costruita la carriera e in cui aumentano le responsabilità professionali e quelle familiari. I modelli organizzativi, gli orari di lavoro devono sempre più tener conto di questa realtà, valorizzando le professioniste e i professionisti, prevedendo modelli organizzativi che permettano a donne e uomini di conciliare i tempi di lavoro con quelli della vita privata e della famiglia e che tengano in debito conto,*

*non facendole pesare sugli organici già ridotti, le possibili assenze per maternità. Per garantire pari opportunità, la femminilizzazione della professione e gli strumenti per affrontarla sono anche al centro del programma per il mandato appena iniziato del nuovo Comitato Centrale. Occorre, infine, investire sulla sicurezza. Il 12 marzo, a **Foggia**, celebreremo la Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e sociosanitari e chiederemo politiche di prevenzione e di rafforzamento della sicurezza".*

Diversa la situazione per gli Odontoiatri: gli **uomini** sono il **70%** dei **64690** iscritti all'Albo, in calo di un punto percentuale rispetto allo scorso anno. Già, perché, anche qui, se guardiamo alle fasce d'età più giovani, la situazione diventa di sostanziale parità: tra gli under 24, sono **41** gli uomini e **41** le donne, tra i 25 e i 29 anni sono addirittura in lieve maggioranza le professioniste, **1959** contro **1902**. Il trend si inverte invece al salire dell'età.

*"La professione dell'Odontoiatra è sempre più scelta dalle giovani donne - afferma Andrea **Senna**, Presidente della Commissione Albo Odontoiatri nazionale - probabilmente anche perché permette di conciliare gli orari di lavoro, rendendoli flessibili, con la vita familiare. Il dato è tra l'altro in linea con l'aumento delle donne medico che scelgono le specialità chirurgiche, che un tempo erano appannaggio quasi esclusivamente maschile. In parallelo, anche nei nostri Ordini assistiamo a un'ascesa delle Colleghe nelle Commissioni di Albo, che diventano sempre più al femminile".*

Se le Presidenti delle Cao provinciali sono, in questo mandato, solo 7 su 106, le Vicepresidenti sono 25 e la componente femminile è in aumento. Nella Commissione Albo Odontoiatri nazionale, presente Albina **Latini**, presidente Cao di **Teramo**.

6 marzo 2025

Ufficio Stampa Fnomceo:
0636203238 – 347 2359608 –
3371068340
informazione@fnomceo.it

ENPAM: approvate all'unanimità ultime modifiche allo Statuto prima del voto 2025-2029. In estate l'elezione per il rinnovo dei rappresentanti.

L'Assemblea nazionale di **Enpam**, con 167 sì, ha approvato all'unanimità dei votanti le ultime modifiche tecniche allo statuto, che consentiranno di avviare a breve le elezioni per il rinnovo degli organi dell'ente di previdenza dei medici e degli odontoiatri.

Entro l'estate è infatti prevista l'elezione della nuova Assemblea nazionale, delle consulte e del nuovo Consiglio di amministrazione, al termine dell'attuale mandato 2020-2025. Le ultime modifiche approvate riguardano la possibilità di tenere assemblee a di-

stanza e una norma transitoria e finale sul conteggio della durata delle cariche espletate.

L'impianto del nuovo Statuto, già approvato dall'Assemblea a fine 2023, prevede una serie di novità sulla composizione degli organi, con l'aumento della componente assembleare eletta direttamente dai contribuenti, il rafforzamento della presenza femminile e una modifica ai requisiti di professionalità per facilitare l'elezione di giovani nel Cda.

Cambierà anche la durata massima dei mandati, che viene accorciata da cinque a quattro anni, in sincronia con quelli della Fnomceo, mentre si potrà essere eletti tre volte e non più due volte. I prossimi rappresentanti saranno dunque in carica dal 2025 al 2029.

L'iter elettorale, che coinvolgerà circa mezzo milione di medici e dentisti attivi e pensionati, sarà avviato appena i ministeri vigilanti avranno dato il via libera alle ultime modifiche approvate.

ENPAM: il bilancio 2024 chiude con un utile di 1,1 miliardi di euro

L'Assemblea nazionale dell'Enpam ha approvato all'unanimità il bilancio consuntivo 2024.

L'anno si è chiuso con un utile di 1,114 miliardi di euro e un patrimonio netto che al 31 dicembre ha raggiunto i 26,9 miliardi di euro a valore di libro (29,3 miliardi di euro a valore di mercato).

“È un bilancio che conclude un mandato. Credo che i numeri parlino da

soli – commenta il presidente dell'Enpam, Alberto Oliveti – Ci prepariamo ora alle sfide prossime venture”.

All'utile dell'Enpam hanno contribuito in maniera determinante gli investimenti patrimoniali: il saldo della sola gestione finanziaria è stato di quasi un miliardo, con un rendimento di mercato del 7,65 per cento al netto dei costi di gestione e al lordo delle imposte.

Contrariamente alle previsioni, nel 2024 è stato positivo anche il saldo previdenziale, con le entrate che hanno superato le uscite per 120 milioni di euro.



L'Italia al centro degli investimenti dell'Enpam

Una riforma della medicina generale che preveda il passaggio dei medici di famiglia a un rapporto di dipendenza con il servizio sanitario metterebbe a rischio la tenuta dell'Enpam. È stato questo l'allarme lanciato dal presidente Alberto Oliveti in uno dei passaggi che hanno avuto più risalto della sua audizione dello scorso 27 febbraio nella Commissione parlamentare di controllo sulle attività degli enti gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza.

DIPENDENZA

L'audizione rientra nell'ambito di un'indagine conoscitiva che la Commissione bicamerale sta facendo sugli investimenti finanziari e sulla composizione del patrimonio degli enti previdenziali e dei fondi pensione. Rispondendo a una domanda della senatrice Susanna Camusso, Oliveti ha evidenziato, in caso di passaggio alla dipendenza dei medici di famiglia, il rischio "di perdere circa il 40% dei contributi, dato che il peso della contribuzione di questi professionisti convenzionati è di 1,8 miliardi sui circa 3,7 totali dell'Enpam".

D'altro canto, la senatrice Maria Cristina Cantù ha espresso apprezzamento per il progetto innovativo di Enpam sulle Case di comunità spoke, evidenziandone la rilevanza strategica nel rafforzamento della rete di prevenzione e della medicina territoriale. Ha sottolineato come questa iniziativa si inserisca in una logica di investimento sui giovani, attraverso modelli di potenziamento delle cure primarie pediatriche che siano praticabili e sostenibili nel lungo periodo. Ha inoltre evidenziato la coerenza del progetto con le soluzioni previste nei disegni di legge 227 e 1153, che mirano a garantire tutte le attività necessarie alla presa in carico dei pazienti, evitando ospedalizzazioni non necessarie e promuovendo una reale integrazione

tra ospedale e territorio.

MEZZO MILIONE DI PERSONE

Nel corso dell'audizione con la Bicamerale, guidata dal presidente Alberto Bagnai, Oliveti ha ricordato innanzitutto che l'Enpam "serve una platea di oltre mezzo milione di persone: più di 365.000 iscritti, tra medici e dentisti in attività, e circa 7.700 studenti prossimi alla laurea con copertura facoltativa, oltre a 180.000 pensionati, un quarto dei quali familiari superstiti di medici e dentisti, come vedove e orfani". E che, al 31 dicembre scorso, l'ammontare del patrimonio della Cassa, a valori di mercato era pari a 27,86 miliardi di euro.

IL PORTAFOGLIO

Il presidente Oliveti ha poi spiegato che la Fondazione Enpam investe il proprio portafoglio patrimoniale strutturandolo in due segmenti: un Portafoglio di copertura delle passività (Pcp), che garantisce la solvibilità con investimenti idonei a generare flussi adeguati a coprire le prestazioni dovute a certe scadenze, e un Portafoglio di performance (Pp), che realizza rendimenti finanziari per garantire la sostenibilità nel lungo termine.

Al 31 dicembre 2024 il portafoglio di copertura delle passività era composto da Btp (1,9 miliardi di euro), fondi infrastrutturali (489 milioni di euro), fondi di private debt (432 milioni di euro), quote di Banca d'Italia (370 milioni di euro), polizze assicurative (233 milioni di euro).

Il portafoglio di performance (Pp), sempre al 31 dicembre scorso, era invece costituito da obbligazioni (12,2 miliardi di euro), azioni (5,8 miliardi di euro), beni reali (5,8 miliardi di euro) e fondi a rendimento assoluto (266 milioni di euro).

INVESTIMENTI: TANTA ITALIA

La localizzazione geografica del totale

delle attività, a valori di mercato al 31 dicembre 2024, risultava per 46 per cento in Italia, 15,4 per cento nel resto d'Europa, 23,9 per cento Usa e per il 14,7 per cento nel resto del mondo.

Si noti che, in valore assoluto, Enpam detiene in Italia complessivamente 12,82 miliardi di euro (su 27,86 totali), di cui circa 3 miliardi di euro in titoli di Stato italiani e circa 2 miliardi di euro in azioni di società quotate italiane.

SPINTA ALL'ECONOMIA REALE

La Fondazione Enpam, ha evidenziato ancora il presidente Oliveti, a partire dal 2014 ha iniziato un programma di investimenti con un focus specifico verso l'Italia sia nei comparti private equity e private debt sia nel comparto venture capital con un investimento di 150 milioni di euro in un fondo italiano focalizzato sul settore salute. Una società di questo fondo ha potuto sviluppare nuove immunoterapie per pazienti oncologici ottenendo dal settore farmaceutico un round di finanziamento per 240 milioni di euro.

La Fondazione ha proseguito nel corso degli ultimi anni con l'implementazione di programmi di private market, che si confermano come importanti contributori alla crescita dell'economia reale italiana grazie a 1,9 miliardi di euro sottoscritti (con un focus verso il mercato italiano di oltre il 30% sul totale sottoscritto). Tali risorse sono già state investite per oltre 1 miliardo mentre sono ancora a disposizione per investimenti oltre 850 milioni.

IMMOBILI E INFRASTRUTTURE

Per quanto concerne invece gli investimenti in beni reali, Oliveti ha spiegato che essi ammontano a 6,27 miliardi di euro, pari al 22,5% del patrimonio investito. Dopo un processo di dismissione del portafoglio immobiliare diretto, Enpam ha attivato una gestione quasi interamente indiretta attraverso 24 fondi immobiliari (5,56

miliardi) e 12 fondi infrastrutturali (712 milioni).

TASSE

Da notare che, dal 2012 al 2024, la gestione patrimoniale della Fondazione ha generato 6,4 miliardi di proventi di bilancio, con 1,8 miliardi versati in tasse. Il patrimonio netto contabile è cresciuto da 12,5 a quasi 28 miliardi di euro (stima a fine 2024).

SOSTENIBILITÀ ESG

In conclusione, il presidente Oliveti ha voluto ricordare anche che l'Enpam valuta i propri investimenti in base a

criteri ambientali, sociali e di governance (Esg). A questo proposito, la Fondazione ha sviluppato l'Enpam Sustainable Rating (Esr) per valutare gli aspetti Esg del portafoglio.

L'indice è stato applicato dapprima al portafoglio delle obbligazioni e delle azioni quotate, contribuendo a una riduzione del 57% dell'impronta di anidride carbonica del portafoglio rispetto a quando il monitoraggio è iniziato. La valutazione viene svolta in maniera differenziata rispetto ai mercati di cui si tratta: ad esempio riguardo ai mercati sviluppati, per il mandato azionario globale è stato definito un

benchmark caratterizzato sul contrasto al cambiamento climatico, mentre per i paesi emergenti viene seguito un approccio "best in class": vengono cioè selezionate le aziende con rating Esg più elevato in ciascun settore, escludendo le società coinvolte in gravi controversie.

Nel 2024 l'Enpam ha avviato l'estensione dell'indice di sostenibilità Esr anche ai private market.

GIUSEPPE CORDASCO

Riscatti agevolati Enpam

Da oggi la laurea si può riscattare anche sulla Quota A, con l'agevolazione del costo fisso. Una notizia buona per tutti, ottima per i dipendenti. E per i medici dipendenti che approssimativamente hanno più di 54-55 anni d'età, potrebbe essere una svolta. Parliamo dei nuovi riscatti di Quota A che l'Enpam ha appena introdotto.

LAUREA A COSTO AGEVOLATO

A partire da quest'anno, infatti, l'Enpam permette di riscattare la laurea su una gestione a contributo fisso: in altre parole nel momento in cui si fa domanda si sa già quanto costerà. Per ogni anno riscattato il contributo sarà pari a quattro volte quello di Quota A intero applicato nell'anno in cui si presenta la richiesta, senza il contributo di maternità. Per chi chiederà il riscatto di laurea sulla Quota A nel 2025, cioè, il costo sarà di 7.846,24 euro per anno accademico (si possono riscattare fino a 6 anni, escludendo i periodi fuori corso). Sfruttando la deduzione fiscale, si potrà poi ottenere un rimborso fino a oltre il 47 per cento dell'importo versato. Il pagamento si potrà fare a rate per una durata pari a una volta e mezzo il periodo da riscattare: per una laurea di 6 anni, quindi



si può scegliere di pagare in 9 anni. Da tenere presente, comunque, che si deve terminare entro la data del pensionamento.

A conti fatti, riscattare l'intero corso di laurea di 6 anni in medicina, per chi ha le aliquote fiscali più elevate, avrebbe un costo netto di meno di 25mila euro.

A CHI CONVIENE

I giovani medici dipendenti avrebbero interesse a chiedere il riscatto sulla Quota A il prima possibile, per

crystallizzare il costo all'anno della domanda. Ma il massimo della convenienza, addirittura, l'avranno i medici dipendenti che oggi hanno più di 54-55 anni d'età. Infatti chi è dipendente e ha cominciato a lavorare prima del 1996 non può nemmeno accedere ai riscatti agevolati messi a disposizione dall'Inps, mentre quelli ordinari della gestione pubblica rischiano di comportare esborsi molto alti.

Il riscatto di laurea sulla Quota A dell'Enpam invece potrà essere fatto

valere anche presso l'Inps, se si andrà in pensione con il cumulo. Per molti questo potrebbe essere l'unico modo di accedere alla pensione anticipata. Infatti con il cumulo contributivo le donne con le regole attuali possono andare in pensione anticipata, indipendentemente dall'età, se hanno 41 anni e 10 mesi di anzianità contributiva, mentre gli uomini con 42 anni e 10 mesi. Per fare un esempio, una dottoressa che ha cominciato l'università a 19 anni, facendo il riscatto di laurea, potrebbe potenzialmente avere i requisiti per andare in pensione anticipata in cumulo già a 60 anni e 10 mesi (61 anni e 10 mesi nel caso di un uomo).

UN'ALTRA MANO DAL PRECONTRIBUTIVO

Un altro riscatto interessante è anche quello pre-contributivo. Qui bisogna andare un po' più indietro nel tempo per capire di cosa si tratta. Fino al 1990 chi diventava medico, cominciava a pagare la Quota A dall'anno successivo a quello dell'iscrizione all'albo (adesso invece si paga dal mese successivo). Questo fa sì che tanti sessantenni si ritrovano oggi con alcuni mesi scoperti all'inizio della carriera. Ad esempio, chi è diventato medico nel febbraio 1989, si ritrova coperto dalla Quota A solo dal 1° gennaio 1990. Oggi con il riscatto pre-contributivo potrebbe recuperare ben 10 mesi (dal mese successivo a quello di iscrizione, cioè, nel caso dell'esempio, dal 1° marzo fino al 31 dicembre). Il costo è sempre forfettario: quattro volte il contributo di Quota A in vigore al momento della domanda. Il conto sarà proporzionato in base al periodo da coprire: chi riscatta un mese, paga per un mese.

Tanti, con il riscatto precontributivo, oltre alla laurea, potranno recuperare da uno a 11 mesi ulteriori

PER L'AGEVOLAZIONE SERVE L'OPZIONE

Per poter fare un riscatto agevolato a costo fisso sulla Quota A, è comunque necessario optare per il calcolo contributivo. Così facendo, tutte le somme versate andranno ad alimentare il salvadanaio previdenziale (montante contributivo). Più si versa più si otterrà di pensione.

ALLINEAMENTO

Per questo sulla Quota A è stato reintrodotta anche un altro tipo di riscatto che consente di allineare i contributi effettivamente pagati a quello più alto in vigore. Cioè: chi ha un gruzzolo da parte e vuole investire sulla pensione (ottenendo anche un risparmio fiscale), può pagare la differenza fra i contributi ridotti, o comunque più bassi, pagati in passato e quello attuale. Il riscatto di allineamento, comunque, ha un effetto solo economico e non aumenta mai l'anzianità, nemmeno con il cumulo.

A CHI NON CONVIENE

All'interno del sistema Enpam, i riscatti sulla Quota A in linea generale valgono solo sulla Quota A. Questo significa che riscattare la laurea su questa gestione non aumenta l'anzianità contributiva spendibile sulle altre gestioni previdenziali dell'Enpam (ad esempio la Quota B, la gestione della medicina generale, degli specialisti ambulatoriali o quella degli esterni). Quindi, chi ha l'obiettivo di aumentare gli anni di contributi utili per la pensione anticipata Enpam come libero professionista o convenzionato, dovrebbe considerare, piuttosto, di fare

il riscatto sulla Quota B o sulla gestione del fondo della medicina convenzionata dove è attivo. Il riscatto, infatti, si può fare solo su una gestione previdenziale: chi lo chiede sulla Quota A non lo può poi chiedere nelle altre gestioni.

Chi ha l'obiettivo di aumentare gli anni di contributi utili per la pensione anticipata Enpam come libero professionista o convenzionato, dovrebbe considerare di fare il riscatto sulla Quota B o sulla gestione del fondo della medicina convenzionata dove è attivo.

COME FARE LA RICHIESTA DI RISCATTO

I riscatti sulla Quota A si chiedono direttamente nell'area riservata del sito Enpam.it.

La pratica è automatizzata e la risposta arriva in tempo reale. Il periodo per cui si fa domanda non deve essere coperto da altro tipo di contribuzione previdenziale obbligatoria.

Si può fare domanda se si hanno almeno 10 anni (5 per l'allineamento) di anzianità contributiva effettiva sulla gestione; quindi, per la Quota A, possono fare richiesta i medici e dentisti iscritti all'Ordine da più di 10 anni (5 per l'allineamento).

Non può invece fare domanda chi è stato radiato dall'Albo, o si è cancellato, chi ha già presentato domanda di pensione. Altri requisiti particolari sono indicati nel modulo elettronico di domanda o comunque nella sezione Come fare per del sito web dell'Enpam.

GABRIELE DISCEPOLI

Neo-natalità, dall'Enpam un sostegno per padri e madri medico

Si è aperto il bando 2025 per i sussidi dell'Enpam, l'ente di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri, a supporto della neo-natalità. I sussidi, che possono arrivare fino a 8mila euro a figlio, servono per sostenere le spese per il primo anno di vita dei nuovi nati (ad esempio per baby-sitting e asilo nido), o per i primi 12 mesi di ingresso nel nucleo familiare, nel caso di affidamenti e adozioni.

Possono fare domanda **non solo le dottoresse neomamme, ma anche i medici e i dentisti padri e gli studenti dei corsi di laurea** in Medicina e in Odontoiatria che si sono iscritti facoltativamente all'Enpam. La tutela è infatti estesa anche ai padri, ormai da due anni.

E, visti i numeri, la novità è piaciuta se si considera che le domande presentate dai padri medico in un anno sono quintuplicate passando da 150 a 783.

FINO A 8 MILA EURO PER FIGLIO

Inoltre, se entrambi i genitori sono iscritti Enpam, il sussidio, che è di 2mila euro, raddoppia e si cumula.

In più, un ulteriore raddoppio dell'importo scatta nel caso a fare domanda

sia una coppia di iscritti Enpam, liberi professionisti, con 3 anni di anzianità nella gestione di Quota B.

Il sussidio spetta per ogni figlio nato. Quindi, per fare un esempio, nel caso entrambi i genitori siano iscritti alla Quota B e abbiano due gemelli, l'aiuto totale alla fine sarà di 16mila euro.

REQUISITI

Per il sussidio Enpam bisogna essere in regola con il pagamento dei contributi e rispettare dei requisiti di reddito. Quest'anno, il limite di reddito per una mamma o un papà single con un figlio è di 62.255,44 euro, per una coppia alle prese con il primo figlio 70.037,37 euro, oppure 77.819,30 euro per una coppia con due figli.

Il limite è di 101.165,09 euro se la coppia ha un disabile in famiglia, oltre a due figli. Da ricordare che il sussidio a supporto della neo-natalità della Fondazione è cumulabile con altre misure che sono garantite a tutti, come il bonus asilo nido che lo Stato distribuisce tramite l'Inps (minimo 1.500 euro fino ai tre anni d'età).

DA 1,5 A 12 MILIONI DI EURO

Per la statistica, sono stati 3.025 i sussidi riconosciuti nel 2024, di cui 18 sono andati a studentesse del V o VI anno di Medicina che si sono iscritte all'Enpam.

Più in generale, dal 2017 – quando lo stanziamento a copertura delle misure a supporto della neo-natalità era di 1,5 milioni di euro – Enpam ha supportato la nascita e i primi mesi di vita di 11.242 bebè.

Per il bando 2025, l'ente di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri quest'anno ha confermato i 12 milioni di euro stanziati l'anno scorso. Curiosità: i parti gemellari negli ultimi otto anni sono stati 249, quelli triggemellari 6.

FARE DOMANDA

Fino alle 12 del 26 giugno, attraverso l'area riservata di Enpam.it, si può fare domanda del sussidio per tutti i bambini che sono nati nel corso del 2024 e fino alla scadenza del bando. Per le nascite o gli arrivi in famiglia dopo il 26 giugno, si potrà far domanda l'anno prossimo.

MARCO FANTINI

Mutui Enpam: aperte le domande per il 2025

Via libera anche per il 2025 ai **mutui Enpam** ad accesso agevolato messi a disposizione di tutti gli iscritti, medici e odontoiatri.

Come ogni anno, i requisiti di reddito previsti per poter presentare la

domanda, sono pensati in maniera particolare per favorire quelle categorie di iscritti che altrimenti non riuscirebbero ad ottenere un mutuo da una banca (ad esempio camici bianchi al di sotto di 40 anni d'età, iscritti a corsi

di formazione in medicina generale, specializzandi e/o con partita iva forfettaria o con contratto a termine).

Non a caso, nel corso di questi anni, sono tanti i **giovani medici** che, grazie proprio al mutuo Enpam, hanno

potuto acquistare subito casa e che, quando hanno maturato i requisiti economici e professionali per accedere al sistema creditizio, hanno surrogato il finanziamento con un mutuo bancario, alle migliori condizioni di mercato.

Il bando del 2025 prevede un tasso fisso annuo dell'1,5% a cui si aggiunge il **tasso Bce** in vigore al momento della stipula del mutuo (al momento il tasso di riferimento è pari al 2,4%). A differenza delle banche, l'Enpam non

applica commissioni d'istruttoria.

Ricordiamo che l'Enpam concede mutui fino a **300mila euro** e comunque fino all'80% del valore dell'immobile, per l'acquisto della prima casa o di uno studio professionale, oppure per la sostituzione di un mutuo ipotecario esistente. La cifra complessiva ottenibile scende invece a 150mila euro se si tratta di lavori di ristrutturazione o ampliamento dell'abitazione di proprietà o dell'immobile usato per l'attività lavorativa.

La domanda di mutuo per l'acquisto dello studio professionale può essere presentata anche dai singoli medici o dentisti riuniti in associazione o in società di professionisti.

Le domande possono essere presentate esclusivamente online, attraverso l'Area riservata del portale Enpam.it. Il bando si chiuderà il 12 settembre 2025.

ENPAM: prestito d'onore a studenti e laureati under 35

L'Enpam mette nuovi finanziamenti a disposizione di **medici e odontoiatri under 35 e degli studenti del V e del VI anno di medicina e odontoiatria**. Gli studenti iscritti facoltativamente all'Enpam potranno ottenere fino a 10mila euro per le spese necessarie a completare gli studi, mentre i medici e gli odontoiatri con partita Iva possono chiedere fino a 30mila euro per proseguire la formazione dopo la laurea o fino a 120mila euro per impiantare il primo studio professionale. I prestiti sono concessi da due ban-

che (Banco Bpm e Banca Popolare di Sondrio) che sono state selezionate tramite gara.

Enpam si farà carico delle spese d'istruttoria e degli interessi passivi, in tutto o in parte.

LE CONDIZIONI

Le rate, da restituirsi in 48 o 60 mesi, si possono cominciare a pagare anche non prima di un anno dalla concessione del prestito, se ottenuto per aprire lo studio professionale, o addirittura dopo due anni e mezzo se il

finanziamento è stato chiesto durante l'università o per la formazione post laurea.

Tra i requisiti fondamentali per accedere al prestito d'onore c'è quello di essere in regola con i contributi previdenziali.

Le domande potranno essere presentate tramite l'area riservata del sito dell'Enpam fino al 27 giugno. Tutti i dettagli sul bando relativo ai prestiti d'onore sono consultabili sulla sezione Come fare per del sito dell'Enpam.

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.

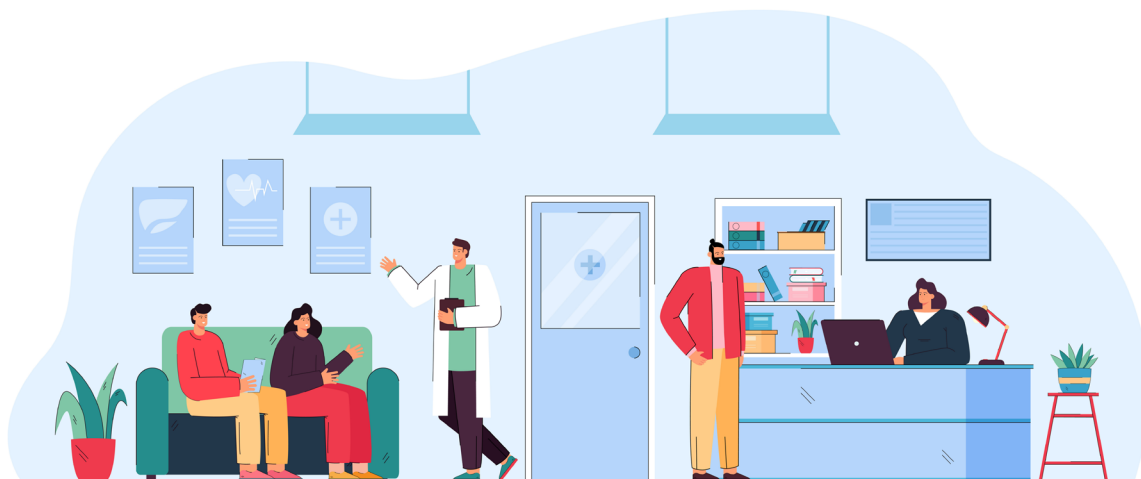
Il medico ispira la propria attività professionale ai principi e alle regole della deontologia professionale senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura.

3° Rapporto Fnomceo-Censis: il 72% degli italiani non rinuncerebbe al medico di famiglia e il 76% lo vuole vicino

"In un contesto di crisi conclamata del Servizio sanitario e in un momento di incrinatura nel rapporto medico-paziente, c'è un baluardo che tiene ed è proprio il medico di medicina generale. Per l'88,9% dei cittadini è importante perché lo aiuta a trovare soluzioni adatte alle sue esigenze (ad esempio percorsi diagnostici, terapeutici, di cura ecc.). Lo pensa in particolare l'88,2% dei residenti al Nord Ovest, il 91,5% al Nord Est, l'85,4% al Centro e il 90% al Sud e Isole. Il 71,8% che non rinuncerebbe mai al proprio medico di famiglia di fiducia, opinione nettamente prevalente in modo trasversale ai gruppi sociali e ai territori. Inoltre, per il 76% è essenziale avere il medico di base vicino casa. Opinione condivisa dal 75,6% dei residenti al Nord Ovest, dal 77,3% al Nord Est, dal 76,5% al Centro e dal 75,3% al Sud e Isole". È uno dei dati più significativi contenuti nel III Rapporto Fnomceo-

Censis, 'Centralità del medico e qualità del rapporto con i pazienti per una buona sanità. Alle origini della criticità della condizione dei medici nel Servizio sanitario'. Una sintesi dei principali risultati verrà presentata il 12 marzo a Foggia, in occasione delle celebrazioni della Fnomceo, la Federazione degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri per la Giornata contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari. Ma i medici di base diventano sempre più rari sul territorio: si registra infatti una diminuzione del numero dei medici di medicina generale, con conseguente aumento del numero degli assistiti e dei carichi di lavoro. Gli attuali 37.983 medici di medicina generale sono in numero inferiore di oltre 9mila unità rispetto a 20 anni fa e di oltre 7mila rispetto a 10 anni fa. Il restringimento della rete di medici di medicina generale è un processo di lunga deriva,

largamente preventivabile, si ricorda nel report. Infatti, per 10mila abitanti erano 8,2 nel 2003, 7,5 nel 2013 e 6,4 nel 2023. I medici con più di 1.500 assistiti erano meno del 16% nel 2003, il 28,3% nel 2013 e addirittura il 51,7% nel 2023. "Sono i numeri di una scarsità crescente di professionisti – si legge – che raccontano della rarefazione di una rete di tutela sul territorio che, sinora, è stata colmata dall'impegno crescente e dalla buona volontà dei medici di medicina generale in attività. Impegno che è apprezzato e premiato dai cittadini".



freepik.com - Fonte dell'immagine: 15403726 - Immagine di pchvedor su Freepik

